

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
UBS Campo Branco, Progresso/RS**

Jorge Felix Rodriguez Quesada

Pelotas, 2015

Jorge Felix Rodriguez Quesada

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
UBS Campo Branco, Progresso/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Suame Cristine Melo Freitas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

Q5m Quesada, Jorge Felix Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Campo Branco, Progresso/RS / Jorge Felix Rodriguez Quesada; Suame Cristine Melo Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Freitas, Suame Cristine Melo, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Quero dedicar este trabalho para a população de Campo Branco, a qual foi alvo desta intervenção e que ajudou com uma boa participação. Este trabalho também vai dedicado a minha antiga enfermeira Priscila Tomei, quem ajudou muito com o início da intervenção, assim como a minha família e amigos.

Agradecimentos

Quero agradecer a especial participação da equipe de saúde (recepcionista, técnica de enfermagem, enfermeira, dentista, auxiliar de limpeza, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e agentes comunitárias de saúde), pois trabalharam duro até o final, com muita dedicação e entusiasmo, também quero agradecer o apoio da secretaria de saúde, do Hospital Santa Isabel e seus médicos, do laboratorista do Hospital, da Prefeitura e da nova gestora de saúde.

Resumo

QUESADA, Jorge Felix Rodriguez. **Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Campo Branco, Progresso/RS.** 99 f. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças crônicas que tem relação direta com as principais causas de morte cardiovasculares, neoplásicas e neurológicas, estas doenças quando não são tratadas corretamente ou detectadas em tempo levam o usuário a ficar imunodeprimido, com mais risco de ter ataques cardiovasculares e neurológicos, que diminuem a qualidade e tempo de vida dos mesmos. A equipe de saúde da ESF 2 de Campo Branco - Progresso/RS, após ter estudado os dados de saúde colhidos a partir das atividades realizadas, pôde observar que a população portadora das doenças crônicas Diabetes e Hipertensão Arterial não está tendo o acolhimento nem seguimento adequado. Manter os serviços que já estão sendo resolutivos e implementar ações que estão deficientes foi o foco de tal ação de intervenção para a melhoria da saúde de diabéticos e hipertensos, baseada em protocolo do Ministério da Saúde e organizada nos quatro eixos propostos pelo projeto pedagógico do curso de especialização da UNA-SUS/UFPel. Nosso objetivo foi melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF 2 Campo Branco. Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Estratégia de Saúde da Família 2 Campo Branco, mas por motivos maiores se deu em apenas 12 semanas. Tínhamos como situação inicial da cobertura 251 hipertensos e 50 diabéticos cadastrados na área de abrangência, dos hipertensos só 130 usuários representando 51,7% são cobertos, os diabéticos a cobertura é de 88% com 44 usuários cobertos. De 301 usuários que deveriam participar na intervenção finalizamos com um total de 228 participantes que represento 75,7% com elevadas porcentagens na cobertura e qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, melhoramos também a realização de exames clínicos e laboratoriais neste grupo alvo, avaliamos a necessidade de atendimento odontológico, aumentamos a quantidade de medicamentos na farmácia popular e o número de usuário a fazer uso da mesma, realizamos busca ativa aos usuários faltosos a consultas, assim como melhoramos a forma de registro dos dados, realizamos avaliação de risco cardiovascular e orientamos sobre a realização da atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo, sobre uma alimentação saudável e sobre a higiene bucal. Para a população em geral e mais para a população alvo, a intervenção foi de grande importância, eles se sentiram parte de algo, de que a saúde do país ficou interessada neles, de que tinham a sua disposição uma equipe integrada e com muita vontade de trabalhar. A comunidade em geral reconheceu e entendeu a priorização dos usuários hipertensos e diabéticos nesta intervenção, recebemos o apoio de toda comunidade como as escolas, a prefeitura, a câmara de vereadores, entre outras entidades da comunidade. A intervenção também foi importante para o serviço e a equipe em geral, pois ficou como parte da rotina e o trabalho da unidade, foi de grande aceitação, melhorou a organização e integridade da atenção mantendo a cobertura e qualidade para todos, além das novas estratégias integradas no trabalho do dia a dia da equipe.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	67
Figura 2	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	67
Figura 3	Gráfico da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	68
Figura 4	Gráfico da Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	69
Figura 5	Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	70
Figura 6	Gráfico da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	70
Figura 7	Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	72
Figura 8	Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	73
Figura 9	Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	73
Figura 10	Gráfico da Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	75
Figura 11	Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	76
Figura 12	Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	77
Figura 13	Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	78
Figura 14	Gráfico da Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	79
Figura 15	Gráfico da Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	80
Figura 16	Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	82

Figura 17 Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

83

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HTA -	Hipertensão Arterial
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma	54
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas que não foram desenvolvidas	62
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	62
4 Avaliação da intervenção.....	64
4.1 Resultados	64
4.2 Discussão.....	83
5 Relatório da intervenção para gestores	86
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	89
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	91
Referências	93
Anexos	94

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso tem como alvo realizar um estudo sobre a Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Campo Branco, Progresso/RS. No volume temos vários tópicos que descrevem o processo da intervenção. O primeiro capítulo trata sobre a Análise Situacional onde fazemos uma breve discussão sobre como estava funcionando a unidade antes do início da intervenção. Continuamos com um Relatório da Análise Situacional mais aprofundado, que mostra dados de localização do município, dos recursos de saúde, a distribuição da população por ESF, assim como as condições estruturais da unidade, principais dificuldades encontradas com a estrutura e a equipe e outras instituições da comunidade, sobre os equipamentos da unidade, a composição da equipe, como estão os indicadores de cobertura e qualidade de todas as ações programáticas desenvolvidas na UBS, analisamos também os principais desafios que tínhamos pela frente. Para fechar esta primeira parte do TCC tem um comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório de análise situacional que demonstrou onde estavam as principais dificuldades da ESF.

O próximo capítulo é muito importante, trata-se da análise estratégica começando com a justificativa da intervenção que demonstra com dados coletados através do caderno de ações programáticas que grupo priorizado pelo SUS tem mais dificuldades, encaminhando assim o foco da intervenção para o mesmo. Continuamos com os objetivos e metas, distribuídos em objetivo geral, objetivos específicos e as metas para cada objetivo específico. Como continuidade do volume tem o tópico da Metodologia que trata sobre a estrutura do projeto o período de desenvolvimento, lugar onde será realizado e a quantidade de usuários participantes com as doenças alvo. Na continuação temos o detalhamento das ações sendo divididas em quatro eixos prioritários: ações de monitoramento e avaliação, de organização e gestão do serviço, de engajamento público e de qualificação da prática clínica, definindo os responsáveis para o cumprimento destas ações. O próximo capítulo é sobre os indicadores que são proporções que indicam a evolução de uma situação e permite a comparação com cada meta. Continuamos com o capítulo da logística que é uma parte muito importante neste trabalho, pois nela descrevemos todas as ações do projeto os materiais disponibilizados para trabalho e apresentamos os recursos da unidade a serem utilizados para cada ação. Depois da

logística apresentamos ao cronograma da intervenção que mostra a distribuição das atividades ou ações a serem realizadas por semanas e a frequência num período de intervenção estabelecido.

Continuamos com o Relatório da Intervenção e dentro dele ações previstas e desenvolvidas, realizamos uma análise destas descrevendo como foram desenvolvidas e as principais dificuldades encontradas durante a intervenção. Outro tópico é as ações previstas que não foram desenvolvidas e o cumprimento totalmente ou parcial das ações. Nos aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados mostramos como aconteceu a coleta dos dados e as principais dificuldades para a coleta dos mesmos. O próximo capítulo é sobre a viabilidade de manter ou incorporar as ações realizadas na intervenção na rotina de trabalho da unidade. Continuamos com a avaliação da intervenção e resultados, fazemos uma análise qualitativa e quantitativamente dos objetivos e metas com seus indicadores com gráficos que ajudam a entender como foi desenvolvida a intervenção a cada mês. Na discussão fazemos um resumo do que foi alcançado com a intervenção, sobre os pontos positivos da mesma, o que representou para a equipe, serviço, e a população. Finalizando o volume do TCC temos o relatório da intervenção para gestores onde faz um breve resumo da intervenção. Também realizamos um relatório para a comunidade sobre a intervenção,

Como último capítulo tem uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem comentando sobre trabalho prático e de estudo desenvolvido ao longo do curso. Finalizamos com os anexos que mostram os principais documentos utilizados para a realização desta intervenção como a ficha de coleta de dados e a ficha espelho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Um breve resumo da ESF/APS do município de Progresso, onde eu atuo como médico, é que a unidade de saúde localiza-se em torno de 12 km do centro da cidade. A ESF, que pertence ao Distrito de Campo Branco atingindo 2.506 pessoas, o que corresponde a aproximadamente 40% da população do município.

É importante destacar que o município de Progresso é mais rural que urbano, todas as regiões do interior do município tem um baixo índice de alunos que conseguem concluir o ensino fundamental. Famílias desestruturadas também tem o perfil de não incentivar os filhos ao estudo, reflexo da falta de informação. A base do município é a agricultura sendo que a grande produção é o fumo e o milho. Mais da metade da população está acima da linha de pobreza, em torno de 80% da população. Há o baixo nível de escolaridade da população e a falta de acesso à informação e uma área onde existe um grande número de cidadãos fumantes.

Existem pontos positivos como, por exemplo, baixíssimos índices de mortalidade infantil, grupos de gestantes em cada ESF, assim refletindo em baixo índice de mortalidade materna e mortalidade infantil. Outro ponto positivo da saúde de Progresso é a inexistência de casos de doenças como malária. O programa de vacinação atinge crianças menores de 1 ano em praticamente 100%, o que é fundamental para a prevenção de doenças. O Modelo Assistencial na Saúde é um modelo aonde o foco é curativo – reparador, tendo algumas atividades preventivas sendo estimuladas lentamente na área em relação com outras doenças crônicas, como a hipertensão, os fumantes, diabetes ,etc. A ESF conta com uma boa equipe de trabalho, muito unida que gosta de ajudar as pessoas. Atualmente o município

conta com 16 escolas municipais. É muito claro que as atividades em tal município tem que serem bem regionalizadas, visto que existe o meio rural e meio urbano.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Progresso é um município que pertence ao Estado do Rio Grande do Sul habilitado na condição de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada. O município conta com duas unidades de ESF: ESF1 localiza-se no centro da cidade e a ESF2 no Distrito de Campo Branco atingindo 2.506 pessoas, o que corresponde a aproximadamente 40% da população do município. A outra parcela da população, aproximadamente 4.000 pessoas, será atendida na ESF 1. Temos um hospital pequeno que tem alojamento para 40 usuários com sala cirúrgica, o hospital oferece vários serviços importantes para nosso trabalho. Contamos com uma disponibilidade de exames limitada compartilhada para as duas ESF. Também contamos com um convênio com outros hospitais da região de maior porte, com especialistas em várias áreas.

Um breve resumo da ESF 2 do município de Progresso é que a unidade de saúde localiza-se em torno de 12 KM do centro da cidade, englobando uma parcela da população do município na área rural, sendo de vital importância uma relação de trabalho entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Educação, bem como a EMATER para desenvolver um trabalho em que possamos perceber o resultados. Existem pontos positivos como, por exemplo, baixíssimos índices de mortalidade infantil. Tal constatação tem relação direta com as atividades desenvolvidas nas ESF 1 e ESF 2 do município. Existem grupos de gestantes em cada ESF, assim refletindo em baixo índice de mortalidade materna e mortalidade infantil. Outro ponto positivo da saúde de Progresso é a inexistência de casos de doenças como malária. O programa de vacinação atinge crianças menores de 1 ano em praticamente 100%, o que é fundamental para a prevenção de doenças. O município apresenta também um Conselho Municipal do Meio Ambiente realizando o controle devido das ações contra o meio ambiente, sendo que o município até o momento não apresenta alteração ambiental que tenha afetado as condições de vida da população. Como ponto negativo temos que mais da metade da população está acima da linha de pobreza, em torno de 80% da população. Há o baixo nível de escolaridade da população e a falta de acesso à informação o que é prejudicial para a realização de um trabalho preventivo, tanto na parte médica como da saúde bucal.

A ESF 2 tem condições estruturais aceitáveis, sendo uma unidade pequena inserida no interior do município, a estrutura da mesma é compatível com um modelo realizado há mais de uma década, cumprindo os requisitos para esses anos, porém não tem muito espaço para realizar atividades dentro da mesma com grande número de participantes, a sala de espera e recepção são bem pequenas e sem muito espaço para colocar cadeiras. Mas, como toda unidade, tem sua sala de vacinação, consulta médica, sala de enfermeira, sala da dentista, uma pequena sala de observação e um sala de reuniões. Também temos acesso à internet e telefonia o que facilita muito o trabalho da unidade. Na ESF há disponibilidade e suficiência dos equipamentos e instrumentos de uso geral, tem boas condições para seu uso. Outra questão importante é que existe um sistema de manutenção e reposição equipamentos, mas é insuficiente porque realiza manutenção anualmente e muitas vezes os equipamentos mais utilizados diariamente não tem esse tempo de vida útil. Os instrumentos de comunicação, informação e informática estão em boas condições, mas é preciso de mais alguns para ampliar a capacidade de oferecer informações à população. Ainda não temos o prontuário eletrônico, mas será instalado brevemente.

A unidade está à espera de aprovação de pressuposto para uma reforma geral, por enquanto os problemas estruturais de espaço que são os que mais afetam a unidade, temos como alternativa usar outros locais da comunidade mais espaçosos e que ficam perto da mesma como salão esportivo e escolas, além de ser uma forma de interagir mais com a comunidade.

Também é válido falar sobre os medicamentos, de acordo com o documento Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, em nossa unidade temos a maioria dos remédios estabelecidos, mas é preciso dizer que tem alguns de muito uso que chegam a faltar e muitos remédios que só o usuário pode adquirir nas farmácias, e tem que pagar por eles.

Temos que falar também que a disponibilidade de exames é insuficiente pelo SUS, muitas vezes ocorre que os exames são indicados hoje e o usuário recebe data de realização para um mês depois, e o mesmo acontece com os encaminhamentos para alguns especialistas que demoram muito e às vezes as cirurgias demoram anos para serem feitas, sendo os usuários os mais prejudicados,

pois tem que retornar ao médico várias vezes procurando alternativas para melhorar suas doenças.

Quanto a estas limitações observadas devemos esclarecer que existe um trabalho em conjunto entre a secretaria de saúde e a prefeitura onde para os usuários que tem menos poder aquisitivo é pago uma porcentagem dos remédios e os atendimentos, cirurgias, exames, o que é uma boa alternativa, mas é insuficiente, ainda temos que procurar alternativas para que o usuário tenha todos os recursos a sua disposição, não demore o atendimento especializado, não demore pelas cirurgias, que tenha remédios de maior qualidade no estoque de medicamentos da unidade.

Contamos com uma equipe que ficou completo com o programa Mais Médico, que presta uma boa atenção à população, o atendimento é integral, a população tem dias destinados ao atendimento de crianças, saúde do homem, saúde mental, um dia que contempla diabetes e hipertensão, pré-natal, puérperas também tem acesso a consultas de forma livre se precisar, tem atendimento odontológico, vacinas e cuidados de enfermagem como, por exemplo, curativos. Minha equipe é composta por uma enfermeira, uma dentista, recepcionista, uma responsável da limpeza, uma psicóloga, a nutricionista, e uma vez por mês a fisioterapeuta. A enfermeira é responsável pelos medicamentos e materiais e seu pedido, organização do trabalho da unidade como a vacinação, rodas de conversas, visitas a famílias, conferências, supervisionar o trabalho dos agentes de saúde.

A dentista atua na saúde bucal, tanto tratamento quanto prevenção. Há apenas um ano que existe atendimento odontológico 40 horas semanais na unidade. O que a dentista percebeu foi a ausência durante muito tempo de atividades preventivas e de promoção de saúde bucal, o que fez com que o foco da atenção atual seja o trabalho preventivo e de procedimentos curativos menos invasivos, deixando fora os processos odontológicos como, por exemplo, tratamento de canal finalizado e tratamento reabilitador como são as prótese dentais. Já existiu um diálogo entre os odontólogos da área e a secretaria de saúde para a implantação de tais serviços citados acima, contudo a secretaria explica que não tem viabilidade financeira para custear estes procedimentos. Além disso, se os profissionais fossem realizar tais procedimentos faltaria muito tempo para eles já que não existe auxiliar de saúde bucal na unidade e aumentaria o número de consultas por cada usuário.

Nossa unidade cobre uma população de aproximadamente 2.500 moradores, predominando a faixa etária de usuários adultos acima de 40 anos, assim como a população idosa, temos um predomínio de mulheres sobre os homens que corresponde com o perfil demográfico nacional. A composição de nossa equipe ainda é insuficiente para o tamanho da área adstrita, pois precisamos de uma técnica de enfermagem e de uma auxiliar de dentista.

Temos uma grande demanda espontânea, pois a unidade ficou sem médico fixo por vários anos o que criou uma alta demanda dos usuários por consultas, desde certo ponto de vista foi bom, pois a população sentiu-se mais acolhida com o médico, aumentou a afluência no posto, muitos usuários com doenças crônicas retornaram as consultas. Mas, isso também gerou aglomeração de usuários no posto, desconforto para os mesmos por terem que esperar muito para se consultar, gerou uma queda na qualidade do acolhimento do usuário e da triagem. Como alternativas para estas situações reforçaram a tiragem, começamos trabalhar com consultas agendadas, a darem prioridade aos usuários mais necessitados.

O processo de trabalho relacionado com ações programáticas do atendimento às crianças tem pontos positivos e pontos negativos. Tentando explicar estas diferenças positivas e negativas é preciso lembrar que nossa população é rural, temos crianças espalhadas em toda a região e muitas delas bem distantes do posto de saúde. Este problema do distanciamento das crianças e famílias sempre acontece nas populações rurais. Temos o apoio das agentes de saúde que fica o tempo inteiro informando as mães dos dias de atendimento, além disso, as crianças saem da consulta com a data do próximo atendimento.

Temos em nossa unidade uma equipe multidisciplinar integrada pela enfermeira, odontóloga, nutricionista, psicóloga, médico da família e comunidade que juntos realizamos um trabalho integral com as crianças e os pais, tocamos quase todos os aspectos e temas de importância para a criança e sua família, mas temos um ponto fraco que é a ausência de um pediatra na área, isso diminui a qualidade do atendimento porque muitas vezes é preciso do pediatra para fazer uma avaliação mais profunda das crianças com doenças e para diminuir a espera por atendimentos e encaminhamentos.

A cobertura de saúde da criança menores de um ano está em 100% com um total de 15 crianças, uma das dificuldades é o distanciamento de algumas crianças, que moram em comunidades muito longes do posto, até agora cumprimos com

100% das consultas programadas às crianças. Temos o 100% das crianças com consulta em dia de acordo ao protocolo do ministério de saúde. O teste de pezinho é realizado em 100% crianças até os 7 dias de nascido. Realizamos a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias em 92% das crianças. Atingimos 100% na tiragem auditiva. É monitorizado o crescimento e desenvolvimento em 100% das crianças desde a última consulta. 100% das crianças estão com a vacinação em dia. Entre os aspectos do processo de trabalho avaliados temos pontos que podem ser melhorados como, por exemplo, os atrasos nas consultas dos primeiros 7 dias. Isso acontece porque às vezes temos grávidas que terminam a gravidez fora do município por internação hospitalar ou por problemas de família e econômicos, o fato é que às vezes as mães não chegam à tempo para o atendimento inicial da criança. Outro aspecto que pode ser melhorado é a contratação do pediatra para atender na área, assim o atendimento teria mais qualidade.

O processo de trabalho da atenção pré-natal em nossa unidade de saúde acontece conforme os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde. É válido falar que temos poucas grávidas, estamos bem abaixo da porcentagem estimada no caderno de ações programáticas, por isso os indicadores preenchidos tem ótimos porcentagens, com números tão baixos de grávidas a participação, orientação, relacionamento, intercambio com elas é muito melhor. Como na estimativa foi de 37,59 gestantes na área e nós apenas temos 7 gestantes, isso só chegou a 19% do estimado, porém 100% de nossas gestantes normalmente procuram a unidade no 1º trimestre gestacional. Assim como 100% delas tem as consultas em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde. Na primeira consulta de pré-natal é solicitado a 100% das grávidas os exames laboratoriais preconizados. 100% das grávidas recebe a vacina anti tetânica assim como contra a hepatite B. Durante a primeira consulta do pré-natal é prescrito a 100% das grávidas suplementos como sulfato ferroso e ácido fólico. Só 43% das grávidas realiza exame ginecológico por trimestre, devido a que existe muito preconceito por ser médico do sexo masculino. Em cada consulta inicial é avaliado a saúde bucal em 100% das grávidas. Durante os grupos de pré-natal que acontecem todo mês no posto é orientado a 100% das grávidas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

As gestantes possuem todo suporte na unidade básica. A maior dificuldade pode ser a demora na marcação dos exames nas clínicas, como ecografias que às

vezes fica muito difícil fazer no tempo certo, algumas vezes leva até 30 dias para conseguirmos vaga na agenda da clínica para realização do exame.

O processo de trabalho sobre o câncer de colo e câncer de mama já tem resultados positivos, nos últimos anos já tem uma diminuição das incidências de casos novos, esses resultados positivos se deve ao trabalho realizado pelas equipes de saúde, ou seja, a população também participa, mas, a maioria não de forma conscientizada, elas fazem os exames indicados pelos profissionais da saúde (mamografia e citopatologia) mas, não realizam autoexames de mamas e tem relações sexuais desprotegidas, apesar de receber em cada consulta as orientações sobre as doenças e como podem prevenir e detectar as mesmas a tempo, ainda falta percepção de risco pelas usuárias. Os prontuários clínicos são revisados periodicamente para que não fique ninguém sem realizar os exames. As agentes de saúde são as responsáveis de avisar, recordar e citar para consulta as que ficam atrasadas ou a que teve algum resultado de suspeita. Os exames são feitos com qualidade pela enfermeira e os resultados chegam a tempo para uma avaliação profissional feita pelo médico. Eu acredito que o fato da população ter um baixo nível educacional diminui a qualidade do processo, diminui a percepção de risco da população para essas doenças.

Outra coisa que pode ser melhorada é diminuir a quantidade de tempo de revisão do arquivo e também a quantidade de profissionais que revisam o arquivo. Também podemos aumentar a quantidade de profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação. Eu acho que dos aspectos do processo de trabalho tem alguns que podem ser melhorados para aumentar a qualidade e cobertura como a quantidade de profissionais que aproveitam seu contato com as mulheres para realizar ações de prevenção e incluir os espaços de atendimento com a psicóloga.

Nossa cobertura para a prevenção de câncer de útero é de 82% com 582 mulheres atendidas o que não é um indicador tão ruim, temos que 90% das mulheres com idade para realizar o exame citopatológico estão em dia. Temos 7% de mulheres com atraso de mais de 6 meses do exame citopatológico. Não temos exames para câncer de colo de útero alterados. Realizamos uma avaliação de risco para câncer de colo de útero em 90% das mulheres. Orientamos 100% das mulheres na faixa etária de 25-64 sobre a prevenção do CA de colo de útero e as doenças de transmissão sexual. 100% dos exames coletados até agora tem amostra

satisfatória e 86% dos exames coletados tem células representativas de junção escamocolumnar o que é um indicador de qualidade na coleta do exame. Ainda temos que melhorar algumas coisas na forma de fazer nosso registro na unidade, um exemplo é que olhando os preenchimentos anteriores a maioria deles só faziam referência a que o exame citopatológico foi feito, mas ninguém descrevia a forma do colo de útero, se o colo tinha algum ferimento ou lesão, se tinha secreção, ou seja, o profissional de saúde que fazia um atendimento pela primeira vez a esse tipo de usuário não tinha como saber se ela fez tratamento alguma vez, se tinha algum ferimento ou secreção por uma infecção vaginal, o que dificulta muito fazer uma história da evolução da doença. Eu e minha enfermeira adotamos uma estratégia de descrever no prontuário clínico cada observação de colo de útero, além disso, fizemos uma impressão pequena de um colo de útero para anexar no prontuário e desenhar as lesões encontradas.

No atendimento referente ao câncer de mama ainda não temos a totalidade de mulheres com a mamografia feita, nossa cobertura é de 78% para as mulheres entre 50 e 69 anos de idade. Temos 74% de mulheres com mamografia em dia e 26% com atraso de mais de 3 meses, isso acontece graças a demora da realização do exame e também a demora de entrega do resultado do exame. Temos 74% das mulheres com avaliação de risco de câncer de mama e 100% recebe orientação sobre a prevenção de câncer de mama.

Nossa unidade não tem ninguém com exame alterado, por isso não precisamos fazer seguimentos, temos muitos casos de risco, por isso é importante trabalhar na busca ativa das mulheres que ainda faltam realizar exame. Realizamos uma adaptação no prontuário eletrônico que fizemos para o câncer de colo de útero para o câncer de mama, se aparecer algum caso de exame alterado já terá uma ferramenta que nos possa ajudar a não perder um usuário.

Em minha unidade o processo de trabalho com as doenças crônicas degenerativas como a HAS não tem um bom seguimento na unidade. Realmente percebi que não tinham formado grupo de usuários hipertensos, acho que os problemas estavam relacionados com a inconsistência dos médicos no posto. No caso dos usuários com diabetes foi diferente, quando eu iniciei meu trabalho a unidade já tinha grupo de diabéticos com um bom seguimento esse grupo funcionava há mais tempo, pois o trabalho era muito melhor e organizado, além disso a quantidade de usuários do grupo era mais reduzida o que facilitava o

trabalho. Os usuários diabéticos checavam sua glicose com frequência e os que precisavam eram encaminhados para o hospital. Nossa unidade é no interior o que representa que as maiorias de seus integrantes moram muito longe do posto, tem um nível educacional baixo, e são usuários muito pobres o que dificulta todo o processo de coleta de dados, além disso, nessas comunidades que ficam muito longe do posto não tem ninguém treinado para checar a pressão e não tem aparelho.

No momento atual a cobertura para os usuários hipertensos é deficiente, temos 251 usuários cadastrados que representa 45% da estimativa para nossa população. Temos que só 31% tem realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 44% dos hipertensos tem atraso na consulta agendada de mais de 7 dias, assim como 47% dos hipertensos tem exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Conseguimos orientar 100% dos hipertensos sobre a realização de atividade física regular assim como uma orientação nutricional para uma alimentação saudável. Relacionado aos usuários diabéticos temos 50 usuários cadastrados na área de abrangência com cobertura de 88% dos mesmos. A estratificação de risco cardiovascular tem sido feita em 58% dos usuários diabéticos. Temos 42% dos usuários com atraso nas consultas de mais de 7 dias. Só 30% dos usuários diabéticos tem exames complementares em dia de acordo com o protocolo. O exame físico dos pés nos últimos 3 meses foi realizado em 58% dos diabéticos, igualmente foi realizado o exame dos pulsos tibial posterior e pedioso, incluindo medida da sensibilidade nos últimos 3 meses em 58% dos usuários. Conseguimos orientar a 100% dos diabéticos sobre a realização de atividade física regular assim como uma orientação nutricional para uma alimentação saudável. Só 50% dos usuários receberam uma avaliação de saúde bucal em dia.

Quanto ao processo de trabalho alguns pontos poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura como, por exemplo, fazer um treinamento das agentes de saúde para elas realizem uma melhor busca ativa destes usuários faltosos a consultas e consigam identificar usuários com fatores de risco para esta doença. Outro aspecto a ser considerado é a disponibilidade de exames laboratoriais que é insuficiente para nossa população assim como a demora em receber os resultados o que dificulta o estabelecimento de tratamentos certos quebrando a continuidade lógica das consultas.

Em relação à Saúde do Idoso a estimativa do número de idosos residente na área parece adequada a nossa realidade, pois de 341 idosos que deveríamos ter por estimativa trabalhamos com 319 que representa 94% da cobertura para o usuários idosos, não usamos a caderneta do idoso em nossa unidade, o registro é feito no prontuário clínico que tem quase toda a informação solicitada. A forma de registro que utilizamos em nossa unidade permitiu fazer uma avaliação geral da população idosa. Temos que 63% dos idosos tem realizada avaliação multidimensional rápida, 91% deles tem acompanhamento em dia, 55% dos idosos tem Hipertensão Arterial Sistêmica e 13% tem Diabetes Mellitus. Realizamos uma avaliação de risco de mobilidade e indicadores de fragilização na velhice em um 91% dos idosos. Conseguimos orientar 100% dos idosos sobre a realização de atividade física regular assim como uma orientação nutricional para uma alimentação saudável. A avaliação da saúde bucal foi realizada em 51% dos idosos.

Consideramos que dentro dos aspectos para serem melhorados com uma finalidade de garantir uma atenção de maior qualidade é fornecer mais equipamentos necessários para o controle das doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão, começar o trabalho com a caderneta do idoso, preparar algumas pessoas nas comunidades distantes para formar grupos de idosos para realizar exercícios físicos com mais frequência e não que fique só quando eles vem aos grupos. Com respeito ao atendimento da saúde bucal com atraso nos atendimentos está baixo por ausência da ajudante da dentista que agilizaria as consultas.

Os maiores desafios que temos pela frente é aumentar a cobertura do nosso serviço, que o mesmo seja capaz de chegar até todos, temos que melhorar algumas coisas estruturais da unidade que dificultam o atendimento e a qualidade, também tentar dar um jeito na situação dos atendimentos especializados assim como os exames laboratoriais, os encaminhamentos demorados para cirurgias e outros procedimentos que são feitos à nível hospitalar. Nossa unidade tem como melhor recurso a disponibilidade da equipe para trabalhar, para realizar um trabalho bem feito e com qualidade, temos os recursos suficientes para dar a população uma atenção qualificada. Seguramente, havendo um trabalho em equipe, entre ESF – Comunidade – Escolas - outras entidades, teremos sucesso no resultado tão esperado: maior bem estar para os cidadãos, maior qualidade de vida, mais saúde, menos miséria, menos doenças, mais VIDA.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma comparação da resposta dada por mim na tarefa da semana de ambientação à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" eu posso dizer que o texto deste relatório é muito mais complexo, tem uma visão mais ampla e integradora da minha ESF/APS, assim como uma comparação do funcionamento da unidade antes da minha chegada e depois, neste texto se pode apreciar o trabalho feito e a melhoria da qualidade e o atendimento. Este relatório da análise situacional foi fundamental para perceber onde estavam as maiores deficiências em nossa unidade onde deveríamos focar nosso trabalho e consequentemente escolher nosso foco de intervenção. Considero o relatório chave para o desenvolvimento e preparação para apresentação do TCC.

Quando iniciei minhas atividades no município de Progresso (abril/2014) percebi que o Modelo Assistencial na Saúde é um modelo onde o foco é curativo – reparador, tendo algumas atividades preventivas sendo estimuladas lentamente na área em relação com outras doenças crônicas, como a hipertensão, os fumantes e diabetes. Através da realização desta análise situacional tive a oportunidade de aprofundar minha relação com a equipe conseguindo mudar essa realidade e pensamento de atendimento só curativo, pela ampla necessidade que há entre toda a população (crianças/adolescentes/adultos/idosos) tenho certeza que todos os cidadãos deveriam estar tendo acesso ao atendimento médico, contudo não é assim que tem acontecido até os dias de hoje. Porém, já são muitas as vitórias conquistadas pela equipe de saúde da ESF desde que iniciei as atividades no município. Hoje estamos proporcionando 40 horas semanais de atividades na área de saúde e a população fica muito agradecida de ter o médico e a equipe trabalhando em prol da sua saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Sendo consideradas doenças crônicas, a hipertensão e a diabetes tem relação direta com as principais causas de morte cardiovasculares, neoplásicas e neurológicas, estas doenças quando não são tratadas corretamente ou detectadas em tempo levam o usuário a ficar imunodeprimido, com mais risco de ter ataques cardiovasculares e neurológicos, diminuem a qualidade de vida e tempo de vida dos mesmos.

A Hipertensão arterial sistêmica é uma patologia que leva à lesão vascular em órgãos como coração, rins e cérebro. A lesão característica da hipertensão no coração apresenta-se como hipertrofia do mesmo, levando à isquemia miocárdica. O cérebro talvez seja o órgão que é mais afetado, as lesões típicas caracteriza-se pelos microaneurismas, as trombooses e as hemorragias. Os rins são órgãos que

sofrem bastante com o aumento da pressão arterial, qualquer aumento da pressão leva à diminuição progressiva de sua função, na maioria das vezes silenciosa. (BRASIL, 2006). Quanto as complicações da Diabetes Mellitus pode-se dizer que não são muito diferentes das da hipertensão, pois afetam os mesmos órgãos. A maior diferença está em que a diabetes tem complicações agudas e crônicas. As principais complicações agudas são: hipoglicemia, cetoacidose diabética e coma hiperosmolar. As complicações crônicas afetam na microcirculação provocando retinopatia e nefropatia, e também afetam na macrocirculação provocando cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica. As neuropatias são das mais frequentes complicações, a mais conhecida é neuropatia diabética. Também temos o pé diabético como uma das mais devastadoras complicações da diabetes (BRASIL, 2006).

A ESF 2 foi fundada em 2004 e situa-se em região interiorana e rural. Engloba uma população de aproximadamente 2.500 moradores, sendo que a base de renda familiar é a agricultura. A ESF 2 tem condições estruturais aceitáveis, sendo uma unidade pequena inserida no interior do município, a estrutura da mesma é compatível com um modelo realizado há mais de uma década, cumprindo os requisitos para esses anos porém tem muito pouco espaço na sala de recepção, na sala de reuniões e na segunda sala de consulta médica. Minha equipe é composta por uma enfermeira, médico, dentista, recepcionista, uma responsável da limpeza, uma psicóloga, a nutricionista, e uma vez por mês a fisioterapeuta. A população tem um baixo nível educacional e cultural, a maioria mora em comunidades muito distantes da unidade o que dificulta o trabalho. Os usuários deste grupo no geral estão em idades avançadas, mas tem muitos que tem sido detectado em idades mais jovens. No momento estamos diagnosticando casos de Hipertensão e Diabetes apenas quando o usuário nos procura na ESF, tal problema, pode ser considerado como uma falha da organização do serviço.

Segundo o indicador de cobertura da ação programática para pacientes acima de 20 anos com hipertensão ou diabetes observamos que apenas 130 hipertensos que representa 51,7% do número de hipertensos cadastrados na ESF estão sendo cobertos. Tal dado não é satisfatório. A cobertura de diabéticos está em 88%, segundo o número de usuários cadastrados na área de abrangência mais qualidade da assistência também fica prejudicada, os indicadores de qualidade avaliados estão com índice percentual baixo, tanto para hipertensão, como para

diabetes. Exemplo disso: a estratificação de risco cardiovascular está entre 31% e 58% respectivamente, os atrasos nas consultas agendadas estão em 12% e 42%. Exames complementares periódicos em dia só 47% para hipertensos e 30% para diabéticos, avaliação da saúde bucal em dia temos só 24% nos hipertensos e 20% nos usuários diabéticos. Para os usuários diabéticos temos outros indicadores de qualidade como são palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e exame físico dos pés nos últimos 3 meses, todos esses indicadores estão em 58%. Também na adesão dos usuários na unidade existem dificuldades, pois mais de 50% dos usuários faltam nas consultas agendadas periodicamente, acontece assim com a forma de registro dos dados, exames laboratoriais, exame físico, tratamento entre outros aspectos que não eram preenchidos nem registrados corretamente. Devemos esclarecer que os percentuais citados acima para os indicadores de cobertura, de qualidade, adesão e registro, estavam bem mais baixos antes da implantação do Programa Mais Médicos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF 2 Campo Branco.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura ao usuário hipertenso e/ou diabético.
2. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade.
3. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.
6. Promover a saúde do hipertenso e/ou diabético.

Metas

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura ao usuário hipertenso e/ou diabético.

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde atualizada.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde atualizada.

Relativa ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 6: Promover a saúde do hipertenso e/ou diabético.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4. Orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 6.7. Orientação sobre higiene bucal também a 100% dos hipertensos.

Meta 6.8. Orientação sobre higiene bucal também a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Estratégia de Saúde da Família 2 Campo Branco, no Município de Progresso/RS. Participarão da intervenção usuários com doenças crônicas cadastrados na área de abrangência, 251 usuários hipertensos residentes no território da área de abrangência o que representa 10% e 50 usuários diabéticos representando 1,9%, na faixa etária de usuários acima de 20 anos moradores na área de abrangência da população total. Com a intervenção realizaremos ações programáticas baseadas em quatro eixos pedagógicos atendendo um protocolo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde como são: Monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para alcançarmos os objetivos e metas deste projeto realizaremos um trabalho em conjunto com toda a equipe de modo a obter uma assistência mais adequada, direcionada à realidade da população baseando-se na integralidade do cuidado aos hipertensos e diabéticos adstritos em nossa área. Sendo que será realizado um conjunto de ações divididas em quatro eixos prioritários: ações de monitoramento e avaliação, de organização e gestão do serviço, de engajamento público e de qualificação da prática clínica.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura ao usuário hipertenso e/ou diabético.

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Os usuários cadastrados que tem HTA e DM serão visitados em suas casas pelas ACS que deverão investigar durante a visita se tem algum

familiar de primeira linha com a doença e investigar o resto da família, será agendada uma consulta com o médico que não deve exceder o mês. A enfermeira ficará recebendo as informações das ACS semanalmente e avaliando as mesmas.

Eixo: Organização e gestão de serviço.

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Para garantir a evolução positiva do indicador de cobertura será feito uma organização do serviço garantindo o registro e cadastro de todos os usuários na área de abrangência assim como melhorar o acolhimento e os materiais e equipamentos de trabalho. Para isso todos os usuários da área de abrangência serão registrados para ser cadastrados pelas agentes de saúde, elas solicitarão a documentação requerida para fazer o cadastro. O acolhimento dos usuários diabéticos e hipertensos será melhorado desde a chegada ao posto de saúde, o mesmo deve estar bem organizado, limpo com cadeiras suficientes até onde o espaço da recepção permita, que as equipes e materiais para checar a pressão e a glicose estejam em ótimas condições e em quantidades maiores para conseguir um desempenho mais eficiente, os membros da equipe presentes prontos para começar o acolhimento (técnica de enfermagem, recepcionista, médico, enfermeira) serão dadas informações importantes assim como se esclarecerão dúvidas que possam existir.

Eixo: Engajamento Público.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A comunidade será informada da existência do programa por um trabalho em conjunto com as agentes de saúde, as quais levarão a informação aos usuários da unidade de saúde portadores de HTA e DM. A orientação será dada nas consultas individuais pelo médico, enfermeira, dentista, bem como serão dadas na recepção para toda a população para que eles sejam transmissores da informação, terá uma divulgação nas escolas e pelos líderes da comunidade. Serão programadas visitas nas escolas mensalmente pela equipe de saúde para começar as pesquisas de PA e enfatizar a importância desta ação.

Outras ações serão implementadas para melhorar a cobertura, bem como orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Os esclarecimentos à comunidade usuária da unidade de saúde à respeito das informações sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HA e DM, serão realizados do seguinte modo: a comunidade será orientada sobre a importância de fazer um rastreamento de DM em usuários que sejam Hipertensos com PA elevada e com fatores de risco nas conversas feitas para os diferentes grupos e a comunidade; as agentes de saúde serão chaves na influência e convencimento da importância do rastreamento; de forma geral, os usuários serão informados, sobre os fatores de risco para desenvolver hipertensão e diabetes através de dinâmicas, rodas de conversas, vídeos, e outras formas necessárias para estimular a participação da comunidade. Será criado um grupo misto de usuários com DM e HTA já que estas doenças, geralmente, atingem o mesmo indivíduo.

O grupo funcionará mensalmente, os usuários serão informados do dia do grupo pelas agentes de saúde. Nos grupos citados acima será realizada a verificação da PA e de glicemia capilar – após registrando os resultados. Os usuários com alguma alteração ou com necessidade de retirar ou trocar remédios serão informados de ficar no final da conversa para receber atendimento médico. As conversas serão de forma orientadora, explicativa, demonstrativa e de intercâmbio de experiências. Todos os dias de grupos a conversa principal será dada por um membro da equipe diferente com o apoio dos demais membros. Ao final de cada

encontro receberão atendimento os que precisam, bem como sairão com a próxima data de consulta agendada. Também terão atenção odontológica, em cada dia do grupo serão atendidos de 3 a 4 usuários novos com agendamentos para outras consultas.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: As capacitações citadas serão realizadas pela equipe multidisciplinar em reuniões semanais, por três semanas, com uma duração de 1 hora. Serão abordados temas importantes como os requisitos do cadastro, identificação de fatores de risco, tratamento medicamentoso, hábitos dietéticos e tóxicos, identificação de sinais e sintomas de início e descontrole das doenças, todas as informações terão a visão multidisciplinar. A equipe será capacitada para realizar uma verificação da pressão arterial de forma criteriosa onde serão dadas as questões teóricas e práticas com a supervisão do médico e da enfermagem.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade.

Meta 2- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade nas consultas aos usuários hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade nas consultas aos usuários diabéticos.

2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos hipertensos.

2.4. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos diabéticos.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos hipertensos.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos diabéticos.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Tais ações serão realizadas da seguinte forma: o médico tem a função de realizar um exame clínico apropriado para os usuários diabéticos e hipertensos incluindo avaliação de riscos cardiovasculares, os dados coletados devem ser preenchidos na ficha individual, as fichas serão revisadas pela enfermeira e o médico mensalmente procurando a falta de preenchimento de algum item do exame clínico. Para monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados criaremos uma planilha eletrônica com a totalidade dos usuários acompanhados onde será preenchida a data de solicitação dos exames,

teremos como coordenadora a recepcionista que será apoiada pela enfermeira e o médico que fará revisão das fichas individuais mensalmente avaliando também a solicitação de exames.

A enfermeira é a responsável por fazer os pedidos de medicamentos da farmácia mensalmente dando prioridade para que todos os usuários hipertensos e diabéticos tenham acesso aos seus medicamentos. Na consulta com o médico e nos dias de grupos os usuários diabéticos e hipertensos serão avaliados pela dentista e o médico. Será criada uma planilha para controlar e avaliar os usuários que já receberam atendimento e os que estão faltosos. Esta planilha será revisada pela dentista mensalmente.

Eixo: Organização e gestão de serviço.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
 - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
 - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
 - Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
 - Garantir a solicitação dos exames complementares.
 - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
 - Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
 - Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
 - Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
 - Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
 - Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: As ações serão feitas da seguinte forma: a equipe de saúde receberá uma capacitação sobre como trabalhar com usuários hipertensos e diabéticos de acordo com os protocolos que tem na unidade, cada membro da equipe terá determinadas atribuições no exame clínico dos usuários, a enfermeira deve fazer o hemoglicoteste e eletrocardiogramas, o médico o exame físico completo, interrogatório, avaliação do risco cardiovascular, a dentista deve fazer um exame bucal. É dever de cada profissional da equipe de saúde ter atualizado os protocolos para suas profissões, exigir a secretaria de saúde disponibilizar os últimos protocolos adotados pelo ministério de saúde.

O médico deve garantir a solicitação de exames a todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no mínimo uma vez por ano. A equipe multidisciplinar deve solicitar o apoio do gestor municipal de saúde para que a demanda de exames laboratoriais seja atendida. Estabelecer o preenchimento do resultado dos exames complementares nas fichas individuais com um marcador de cor verde para os resultados normais, cor amarelo para resultados no limite e um pouco acima do limite, e cor vermelho para os resultados alterados. A farmacêutica junto com a enfermeira são as encarregadas de controlar o estoque de medicamentos a cada início do mês quando se recebem os mesmos. Será feito um controle da validade e quantidade dos medicamentos. Fazer um registro da quantidade de medicamentos dependendo das necessidades individuais dos usuários que permita distribuir os remédios e deixar uma reserva para os casos novos e os reajustes de tratamentos. Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento.

Eixo: Engajamento Público.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O engajamento público ajudará também na melhoria da qualidade, serão dadas várias orientações aos usuários. Durante as visitas domiciliares pelas ACS, nas consultas com o médico, nas conversas para a comunidade, nas feiras de saúde, nos grupos para os usuários diabéticos e hipertensos onde serão orientados sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos provocados por esta doença e orientados sobre o cuidado dos pés e de ter uma avaliação periódica dos pulsos pelo médico. As ACS devem informar aos usuários diabéticos e hipertensos sobre a importância de realizar exames complementares pelo menos uma vez por ano assim como de realizar uma avaliação bucal, isso será apoiado distribuindo panfletos, com cartazes anexados nos murais informativos e por todos os meios possíveis será informada a população de seu direito a receber medicamentos da Farmácia.

Eixo: Qualificação da prática Clínica.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: As capacitações serão dadas pela dentista, enfermeira e médico em uma reunião da equipe durante as três primeiras semanas de intervenção.

Objetivo 3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 3- 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsabilizados pelo cumprimento da periodicidade das consultas, revisando as fichas individuais dos usuários para que não fique ninguém sem receber ou ter consulta agendado.

Eixo: Organização e Gestão do serviço.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsabilizados por organizar a agenda para novos casos e as vistas domiciliares, semanalmente.

Eixo: Engajamento Público.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A informação será dada pelas ACS, pela recepcionista durante o acolhimento e por cada membro da equipe, nas conversas com a comunidade e nos dias de grupo.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: As capacitações serão dadas pelo médico e a enfermeira da unidade, na sala de reunião nas primeiras semanas de intervenção. Para esta capacitação utilizaremos os meios audiovisuais da nossa unidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde atualizada.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde atualizada.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A forma de registro adotada será fundamental para a continuidade e conclusão da intervenção presente, todos os dados deverão ser preenchidos e arquivados corretamente, para garantir isso será monitorada a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. O médico e a enfermeira são responsabilizados por checar e manter a qualidade dos registros dos usuários diabéticos e hipertensos, estes registros serão revisados mensalmente.

Eixo: Organização e Gestão do serviço.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Para manter uma organização no trabalho de registro será implantada a ficha de acompanhamento a qual será pactuada com toda a equipe como registrar as informações, será definido um responsável pelo monitoramento dos registros assim como um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso dos diferentes itens no registro. Todos os usuários cadastrados na unidade que sejam hipertensos e diabéticos receberão uma ficha de acompanhamento onde será registrado as PA e os resultados do hemoglicoteste assim como o peso, situação cardiovascular e medicamentos usados.

Na reunião da equipe será informado como deve ser o registro dos dados na ficha de acompanhamento e a periodicidade com que deve ser feito. Será criado um arquivo exclusivo para as fichas individuais dos hipertensos e diabéticos e os mesmo será arquivado diferenciadamente, ou seja, os usuários que tem toda a avaliação completa com os exames complementares, de estratificação de risco, da avaliação dos órgãos alvo etc. em dia serão separados no mesmo arquivo do resto que sua avaliação está incompleta. O responsável pelo monitoramento do registro será a enfermeira tendo o apoio do médico. O monitoramento será feito todo final do mês.

Eixo: Engajamento Público.

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Os usuários serão informados sobre seus direitos de participar na manutenção e atualização de seus registros, também de como eles podem acessar ao mesmo se necessário, a informação será dada por todos os membros da equipe. Iremos capacitar a toda equipe para fazer um registro adequado dos procedimentos clínicos em cada consulta.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: As capacitações serão dadas pelo médico e a enfermeira da unidade de saúde, nas primeiras semanas de intervenção.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O indicador de Avaliação de Risco é fundamental para detectar e diferenciar o risco de cada usuário de ter complicações cardiovasculares e neurológicas, além disso, é muito importante para detectar futuros usuários com estas doenças crônicas. Para isso vamos monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Os usuários hipertensos e diabéticos terão uma avaliação da estratificação de risco mensal e o médico e a enfermeira são os responsabilizados de verificar os usuários que não tenham a estratificação.

Eixo: Organização e Gestão do serviço.

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O médico será responsabilizado de fazer uma avaliação dos usuários e determinar o nível de risco de todos para priorizar os mais complicados e agendar consultas para este grupo de usuários com alto risco.

Eixo: Engajamento Público.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Os encarregados de realizar esta orientação serão principalmente o médico, enfermeira e nutricionista. Este trabalho será reforçado com as ACS nas visitas domiciliares, nas conversas com a comunidade e outros espaços que possam surgir.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Esta capacitação será dada em uma reunião de equipe pelo médico, isso será reforçado com as conversas nas comunidades, nas visitas domiciliares pelas ACS, e por todos os membros da equipe. Utilizaremos os meios disponíveis no posto para a realização desta capacitação.

Objetivo 6: Promover a saúde do hipertenso e/ou diabético.

Meta 6- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

6.4. Orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos

6.7. Orientação sobre higiene bucal também a 100% dos hipertensos.

6.8. Orientação sobre higiene bucal também a 100% dos diabéticos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
 - Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
 - Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Não menos importante temos o indicador de Promoção da Saúde o que conforma a base de todo os trabalho, com ela pretende-se melhorar a saúde em geral, criar hábitos nutricionais saudáveis, realizar atividades físicas de forma regular, entre outros. Serão realizadas estas ações da seguinte forma: todo mês durante os grupos serão dados pela equipe, com apoio da nutricionista, orientações sobre a nutrição dos usuários diabéticos e hipertensos, será avaliado o controle do peso dos usuários, e as ACS durante as visitas domiciliares checarão os hábitos alimentares dos usuários. Durante todas as consultas individuais serão orientados quanto à importância de realizar exercícios físicos regularmente, solicitaremos o apoio de um educador físico que durante as conversas e atividades com a comunidade fará demonstrações e exercícios físicos junto com a comunidade.

A equipe multidisciplinar é a responsável por dar orientações sobre os riscos que provoca o tabagismo nos usuários diabéticos e hipertensos, isto será apoiado por cada membro da equipe, também com a distribuição de panfletos, cartazes e informações nos murais. Serão orientados e informados sobre a importância da

higiene bucal, o cirurgião dentista terá uma participação fundamental nesta orientação, mas receberá o apoio de toda a equipe de saúde.

Eixo: Organização e Gestão de Serviço.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será criado um grupo de reeducação alimentar com uma frequência mensal onde serão convidados os usuários diabéticos e hipertensos que estão cadastrados e participam do grupo, mas ficará aberto à população que tem problemas com seu peso, exames complementares alterados como o colesterol total e triglicerídeos, sendo que a responsável pelo grupo é a nutricionista. Também serão organizadas atividades físicas na comunidade, como jogos de futebol, caminhadas, não haverá exclusão de idades, será um espaço aberto para todos. Estas atividades serão informadas pelas agentes de saúde nas visitas domiciliares, mediante a distribuição de panfletos, cartazes e informações nos murais com uma periodicidade (mensal). Serão expostas algumas demandas ao gestor municipal de saúde o município para que possamos realizar relações intersetoriais, com o objetivo de envolvermos educadores físicos e para a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Eixo: Engajamento Público.

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Para realizar estas orientações toda equipe será capacitada em cada um destes aspectos, as orientações serão dadas, nas consultas, rodas de conversas, nas reuniões com a comunidade, nas conversas nos centros de reunião comunitária como igrejas, salões esportivos, nas escolas, também através de panfletos e cartazes sobre promoção da atividade física, sobre a higiene bucal, sobre os riscos do tabagismo e sobre uma alimentação saudável. Nesta atividade todos os principais membros da equipe envolvidos serão as ACS, médico, enfermeira, dentista, nutricionista e fisioterapeuta.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Estas capacitações terão como responsáveis a equipe multidisciplinar, contaremos com a participação da nutricionista que ficará em frente das capacitações relacionadas com as práticas de alimentação saudável, a fisioterapeuta da unidade será a encarregada de realizar as capacitações sobre a prática de atividade física regular e reabilitação de usuários, a dentista capacitará a toda a equipe sobre como orientar a comunidade a realizar uma melhor escovação dos dentes e da higiene bucal. Estas capacitações acontecerão na unidade de saúde, na sala de reuniões com uma duração máxima de 3 horas, contaremos com os meios disponíveis na unidade para a realização das mesmas.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores não são mais que proporções que indicam a evolução de uma determinada situação e permite a comparação com cada meta, por isso nossos indicadores selecionados foram os seguintes:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura ao usuário hipertenso e/ou diabético.

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde. Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados nos Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde. Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados nos Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde atualizada.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde atualizada.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Promover a saúde do hipertenso e/ou diabético.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação

sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Orientação sobre higiene bucal também a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Orientação sobre higiene bucal também a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal. Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A logística é parte fundamental neste trabalho, pois é o que vai nos possibilitar realizar todas as ações do projeto, através da logística teremos disponibilizado os materiais básicos para a confecção de instrumentos essenciais para facilitar e viabilizar o trabalho nas ações.

Pode-se dividir a logística em grupos de ações. Quanto à logística do monitoramento e avaliação, para realizar a intervenção no programa de Hipertensos e Diabéticos vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2006. Utilizaremos a ficha individual de cada usuário em conjunto com a ficha de acompanhamento bucal onde serão coletadas as informações e dados relativos à classificação de risco destes usuários. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, serão solicitadas ao gestor municipal 400 fichas espelho. As fichas individuais serão anexadas às fichas espelho e para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. O responsável por esta atividade será o médico.

Para organizar o registro específico do programa e viabilizar o monitoramento será feita revisão do livro de registro identificando quem veio ao serviço nos últimos 3 meses com fatores de risco elevados, assim como exames complementares alterados. Os dados obtidos serão transcritos para a ficha espelho quando forem disponibilizadas. Criaremos uma planilha eletrônica com a totalidade dos usuários cadastrados onde será preenchida a data de solicitação dos exames,

disponibilizaremos um computador com impressora para garantir o registro dos dados e evitar a perda dos mesmos, para confeccionar, imprimir e arquivar todo o referente da intervenção presente. Teremos como coordenadora a recepcionista que será apoiada pela equipe multidisciplinar.

A enfermeira é a coordenadora responsável por monitorar a disponibilidade de medicamentos necessários para os hipertensos e diabéticos na farmácia da unidade e de fazer os pedidos de medicamentos mensalmente. Nos dias de grupos os usuários diabéticos e hipertensos serão avaliados pela dentista cirurgiã e o médico. O médico e a enfermeira serão responsabilizados pelo cumprimento da periodicidade das consultas, por checar e manter a qualidade dos registros e de verificar os usuários que não tenham a estratificação de risco, todo mês será revisado as fichas individuais dos usuários para que não fique ninguém sem receber ou ter consulta agendado.

Quanto à logística para as ações de organização e gestão do serviço, para viabilizar o acolhimento dos usuários diabéticos e hipertensos o posto de saúde deve estar bem organizado, com cadeiras suficientes, a auxiliar de limpeza será a responsável desta função. Membros da equipe presentes prontos para começar o acolhimento (técnica de enfermagem, recepcionista, médico, enfermeira) serão disponibilizados murais informativos, assim como uma TV que passará audiovisuais relacionados com o projeto, data shows, caixas de som entre outros equipamentos disponibilizados pela secretaria. Para garantir que as equipes e materiais para checar a pressão e a glicose estejam em ótimas condições e em quantidades maiores a enfermeira fará uma solicitação de equipamento e materiais periodicamente à secretaria de saúde.

Com o objetivo de viabilizar as ações de organização e gestão cada membro da equipe terá determinadas atribuições de acordo com os protocolos que tem a unidade. A solicitação de exames a todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados será revisado mensalmente pela recepcionista com sua planilha eletrônica, pela enfermeira e o médico na revisão das fichas individuais. O sistema de alerta que será estabelecido é o preenchimento do resultado dos exames complementares nas fichas individuais com um marcador de cor diferenciado para resultados normais, para resultados no limite e um pouco acima do limite, para os resultados alterados. A farmacêutica apoiara a enfermeira no controle do estoque de medicamentos cada início do mês, fazendo um registro da quantidade de

medicamentos disponível. A determinação da necessidade de atendimento odontológico será feita pelo médico e a dentista nas consultas e dias de grupo respectivamente, procurando um espaço na sua agenda para dar atendimento aos mais necessitados.

No final de cada mês será entregue para as ACS uma lista com os nomes dos usuários faltosos a consulta, elas organizarão novas visitas domiciliares para reagendar a consulta perdida. Será disponibilizado um total de 10 consultas a mais a cada semana para os usuários faltosos. A enfermeira fica como responsável para solicitar das ACS a lista dos usuários e de reagendar as consultas novamente com a quantidade disponibilizada por semana.

Todos os usuários cadastrados na unidade que sejam hipertensos e diabéticos receberão uma ficha espelho. Na reunião da equipe será informado como deve ser o registro dos dados na ficha de acompanhamento e a periodicidade com que deve ser feito. O responsável pelo monitoramento do registro será a enfermeira tendo o apoio do médico. O monitoramento será feito todo final do mês disponibilizando 1 hora para esta tarefa.

Será disponibilizado um arquivo exclusivo para as fichas individuais dos hipertensos e diabéticos e os mesmos, o arquivo vai ficar na minha sala de consulta na mesa do computador que tem várias gavetas vazias, ali serão colocadas as pastas que estão em quantidades suficientes. As pastas serão arquivadas diferenciadamente e revisado mensalmente pelo médico e enfermeira. Para acolher a demanda de usuários de alto risco não será necessário alterar a organização da agenda porque serão disponibilizado 4 consultas semanais.

Criaremos um grupo de reeducação alimentar com uma frequência mensal onde serão convidados os usuários diabéticos e hipertensos que estão cadastrados e participam do grupo, mas ficará aberto para as pessoas que tem problemas com seu peso, exames complementares alterados como o colesterol total e triglicerídeos, o responsável do grupo e a nutricionista, será ocupado sempre o turno da manhã porque serão organizadas em conjunto atividades físicas na comunidade, como jogos de futebol, caminhadas, não haverá exclusão de idades, será um espaço aberto para todos.

Será estimado um tempo médio de 20 minutos com cada usuário para poder dar as orientações pertinentes em cada caso clínico. Esta estimativa de tempo

poderá variar entre um usuário e outro e de acordo com a patologia, os usuários serão informados desde o acolhimento e pelas ACS nas visitas domiciliares.

Acerca da logística para as ações de engajamento público, as agentes de saúde levarão a informação aos usuários doentes com HTA e DM que foi criado um grupo para eles. O grupo será feito uma vez por mês com a participação de todos os usuários, serão dados diversos temas de interesse para os participantes, terão como responsáveis ao médico e a enfermeira. A comunidade será orientada sobre a importância de fazer um rastreamento de DM em usuários que sejam Hipertensos com PA elevada e com fatores de risco e as agentes de saúde serão chaves na influência e convencimento da importância do rastreamento, serão agendadas consultas para estimular a participação no rastreamento.

Os usuários diabéticos e hipertensos serão informados e orientados sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos, de seu direito a receber medicamentos da Farmácia, sobre a importância de realizar uma avaliação bucal, da importância de assistir as consultas agendadas e da realização das mesmas, das estratégias tomadas para evitar um número excessivo de faltosos nas consultas agendadas e como vão a ser incluídos novamente para as consultas, sobre seu direito de participar na manutenção e atualização de seus registros, também de como eles podem acessar ao mesmo se for necessário, a importância de ter um acompanhamento regular, de controlar os fatores de risco modificáveis como é o caso da alimentação, os benefícios da prática de exercícios físicos regular, a existência de medicamentos para ajudar ao abandono do tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

Estas orientações e informações serão dadas nas consultas individuais pelo médico, enfermeira, dentista, na recepção para toda a população, terá uma divulgação nas escolas e pelos líderes da comunidade. No dia a dia com a população, nas conversas com a comunidade, no acolhimento do usuário na unidade, através das ACS nas visitas domiciliares distribuindo panfletos, com cartazes anexados nos murais informativos, nas feiras de saúde, com vídeos, pelo data show, pela rádio, nos grupos. Solicitaremos apoio dos representantes da comunidade para distribuir estas informações.

O médico e a enfermeira serão responsabilizados de garantir que os usuários recebam as informações, para ter um controle de que as informações são

dadas serão orientadas as ACS que durante as visitas domiciliares solicitem que os usuários assinem uma folha onde garantem que foram dadas as informações.

Quanto à logística para as ações de qualificação da prática clínica, vale informar que no início deste curso foi discutido e analisado com toda a equipe a análise situacional e qual seria o foco da intervenção na unidade, para isto preparamos uma série de capacitações com diversos temas nas diferentes áreas para poder realizar um atendimento de maior qualidade e com uma equipe preparada para dar todo tipo de orientação. Foram levados temas de como fazer um exame clínico adequado, de como devem ser solicitados os exames complementares seguindo o protocolo da unidade de saúde, de como orientar aos usuários que podem ter alternativas de continuar os tratamentos sem ter que comprar ou trocar remédios, de como identificar ou avaliar um usuário com necessidade de atendimento, conhecer a forma de preenchimento dos registros e dos procedimentos clínico nas consultas, de como realizar uma estratificação de risco, de como registrar com qualidade e de forma correta a avaliação de risco e fatores de risco modificáveis e como devem orientar aos usuários para seu controle, de como dar uma melhor orientação aos usuários sobre uma alimentação mais saudável, sobre a promoção da prática de atividade física e como melhorar as orientações sobre a higiene bucal.

Para estas capacitações utilizaremos um computador com impressora, data show e caixa de som, será utilizada a sala de reuniões, precisaremos do manual técnico de Hipertensão e Diabetes como guia para estas capacitações. Serão entregues para cada membro da equipe um caderno e canetas para a tomada de notas em cada capacitação dada. Solicitaremos o apoio da secretaria para receber os materiais e equipamentos necessários para as capacitações.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HTA e DM	X		X													
Capacitação das ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos	X		X													
Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.	X		X													
Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos		X		X												
Cadastramento de todos os diabéticos e hipertensos da área de abrangência	X		X		X		X		X		X		X		X	
Contato com o líderes da comunidade para falar sobre a importância da ação programática, solicitar o apoio e explicar as estratégias que serão implementadas	X			X			X			X			X			X
Busca ativa de usuários faltosos às consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de Hipertensos e Diabéticos	X				X				X				X			
Realizar atendimento clínico para os diabéticos e hipertensos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.	X		X		X		X		X		X	X		X		X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As principais ações previstas no projeto para serem desenvolvidas durante toda a intervenção estão distribuídas nos indicadores de cobertura, qualidade, adesão, registro, mapeamento de risco e a promoção de saúde. Vamos fazer uma análise destas ações descrevendo como foram desenvolvidas durante a intervenção e as principais dificuldades encontradas.

Desde o início da intervenção começamos a cadastrar usuários até o final. A comunidade deu uma boa acolhida ao início da intervenção, deu para perceber que tinha muita gente interessada no programa e não só pessoas idosas como também tinha gente mais jovem, isso me deixou muito alegre e motivado, também percebi rostos de dúvida, alegria e indecisão. Esta ação foi cumprida parcialmente, pois mesmo tendo uma intervenção que durou 3 meses não fomos capazes de cadastrar a totalidade dos usuários diabéticos e hipertensos, muitos nunca assistiram na unidade mesmo sabendo da intervenção. Isso demonstra que apesar da grande propaganda e informação brindada pelos meios de difusão utilizados e pelas agentes de saúde foi insuficiente para cadastrar todos os usuários.

Como outra das ações a programar foi marcada um contato com os líderes da comunidade para que colaborassem com a divulgação do projeto e deram-nos seu apoio para realizar a intervenção com a maior qualidade possível. Visitamos escolas, as igrejas, salões esportivos entre outros locais divulgando a intervenção. A divulgação do projeto tem sido feita principalmente pelas ACS, a divulgação do programa na rádio, foram enviadas várias fotos do início da intervenção para sair no jornal local. Recebemos uma ligação de vários membros do conselho comunal do município para nos parabenizar já que vários moradores da comunidade falaram sobre como foram bem atendidos, e que a comunidade em geral está se sentido

acolhida, um dos membros do conselho falou que as palavras que ele escutou de vários moradores foram estas “ ali o negócio sim funciona ”, isso foi para nós um golpe imenso de alegria e satisfação.

Outro passo importante dado foi a criação do grupo de diabéticos e hipertensos com uma programação de atividades a cada quatro semanas completando assim ciclos de tratamentos e avaliação clínica evolutiva. No total realizamos 3 atividade de grupo contando com a participação de diferentes profissionais envolvidos no projeto e outros interessados em participarem. O grupo tem como objetivo fazer um trabalho diferenciado com estes usuários, procuramos fazer um trabalho educativo no qual os usuários que são portadores destas doenças crônicas aprenderam um pouco mais sobre elas, de como conviver e controlar as mesmas. A participação de cada profissional como enfermeira, dentista, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico e médico foi fundamental para o desenvolvimento das conversas onde foram levados temas muito interessantes. Os usuários também histórias que enriqueceram muito as conversas tornando-se um espaço de intercambio e aprendizagem para ambas as partes. Esta ação foi realizada com sucesso, a distribuição dos grupos a cada 4 semanas em dias fundamentais nos quais tinha previsão de transporte rural ativo facilitou uma boa participação dos cadastrados.

Desde o início da intervenção disponibilizamos um número elevado de atendimentos por dia, no mesmo primeiro dia foi difícil atender todos os usuários, muitos voltaram para casa, então decidimos regularizar o número de atendimentos por dia para os usuários participantes alvos da intervenção contando que ainda tínhamos uma grande demanda assistencial de mobilidade. No início foi um pouco difícil porque chegavam muitos usuários e as vezes já não tínhamos mais como atender, acredito que no início tenha se perdido vários usuários que posteriormente voltaram claro, mas no transcorrer desse mês resolvemos melhorar e reforçar a tiragem, daí os usuários que não conseguiam consulta eram agendados no turno da tarde. Assim conseguimos ter uma afluência contínua e organizada dos usuários durante toda a intervenção. Conseguimos atender um total de 228 usuários da população alvo divididos em 221 hipertensos e 46 diabéticos.

Todo usuário que participou no projeto (100%) foi priorizado na realização de exame clínico ou físico cumprindo todos os requisitos ou passos segundo o protocolo de atendimentos para estes usuários, cada usuário foi pesado, medido

uma checagem da Tensão Arterial, auscultação cardiovascular e respiratória, checamos as pulsações e frequência respiratória, examinamos os pés, seus pulsos, se tiver lesões em pele, 80% dos usuários hipertensos e 95,7% dos diabéticos tiveram atendimento clínico em dia, o resto destas porcentagens foram os usuários faltosos a consultas.

Na avaliação de risco cardiovascular apresentamos dificuldades, foi uma das ações que foram cumpridas parcialmente com um total de 108 usuários representando 48,8% do total de participantes, pois para realizar uma avaliação de risco cardiovascular dos dados clínicos recebido do exame físico mais exames laboratoriais como colesterol total, colesterol HDL, mas apresentamos muita dificuldade na realização dos exames laboratoriais pela demora e a quantidade insuficiente por mês, mesmo assim todos os usuários receberam indicações de exames laboratoriais. Outra das ações que a equipe vem trabalhando é a solicitação exames importantes como hemograma completo, glicose, colesterol total, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, EQU, eletrocardiograma, tem outros exames importantes que não são incluídos no SUS em nosso município como colesterol LDL, então foi falado com a secretaria pra ver sim dá pra incluir como exames do SUS pelo menos para os usuários que participam do projeto.

Outra das coisas que deu para perceber foi que os usuários já atendidos que não tinham os exames complementares em dia e foram indicados no dia da consulta, os exames estavam sendo agendados para datas muito longe o que dificultaria a reavaliação desses usuários. A resposta sobre esta situação foi que o município já tinha usuários na frente antes de começar o projeto, os participantes da intervenção receberam prioridade para diminuir o tempo dos exames, esta resposta foi conveniada com o responsável pelo laboratório clínico do município quem se mostrou muito atento e compreensivo. No final da intervenção 108 usuários realizarem os exames laboratoriais representando um 48.8% do total de participantes, deles 105 com hipertensão e 27 diabéticos.

Poderão apreciar nos gráficos da planilha de coleta de dados que a maioria dos usuários receberam avaliação sobre a necessidade de atendimento odontológico 195 usuários, totalizando 85,5%, mas poucos receberam atendimento odontológico pela dentista e esse foi nosso principal problema, o que acontece com isto é que nossa dentista ficava trabalhando 40 horas no mês até dezembro 2014 que foi cortada sua carga horária para 20 horas limitando drasticamente o número

de atendimentos, daí foi muito difícil encaixar atendimentos para os usuários participantes da intervenção, já foi falado com a secretaria tentando resolver este problema que não só afeta aos usuários participantes e sim também a toda comunidade.

Uma ação importante que deu continuidade à nossa intervenção foi sobre a farmácia popular e os medicamentos que estão no estoque, nesta parte percebemos que vários usuários compravam medicamentos em farmácias particulares tendo acesso a eles na farmácia popular, eu questionei a vários deles e a resposta de muitos foi que antigamente receberam atendimento em clínicas privadas e foram recomendados esses remédios, eu fiquei triste porque muitos deles eram pessoas idosas que tem dificuldades econômicas e sabe Deus por quanto tempo ficarem pagando remédios caros nas farmácias particulares tendo acesso a eles de graça na farmácia popular, lembro que no primeiro caso que atendi parei a consulta, fui até à sala de triagem e falei com a técnica para fazer uma listagem dos usuários que pegavam remédios fora das farmácias populares e o nome dos remédios para avaliar a possibilidade de trocar por os remédios disponibilizados nas farmácias populares. No transcurso da intervenção conseguimos manter o estoque da farmácia popular cheio determinamos realizar os pedidos nas sextas para nas segundas ter o estoque completo, também realizamos um forte trabalho com os usuários para que todos utilizarem remédios da farmácia popular e não tiveram que comprar em outras farmácias. No final da intervenção conseguimos que 98,7% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos retirassem seus medicamentos na farmácia popular sem custo algum.

Também como aspecto positivo o farmacêutico novo que trabalha conosco ficou muito interessado em participar do projeto apoiando nas capacitações e nas conversas dadas nos grupos, comprometido a palestrar no próximo grupo de hipertensos e diabéticos. É muito interessante que outros profissionais da saúde gostem do trabalho que tem sido feito, que achem interessante e queiram participarem ou apoiar ele. Isso dá uma ideia da aceitação de nosso trabalho e o reconhecimento dele por a população e os profissionais da saúde. O farmacêutico deu umas orientações importantes sobre o uso de medicamentos para estas doenças, as vantagens de cada um assim como possíveis reações adversas. A população gostou muito desta conversa demonstrativa e orientadora, muitos perguntaram se teria novamente outra, fato que deixou muita satisfação na equipe.

A equipe contou com um trabalho em conjunto da nutricionista dando orientações essenciais em cada grupo acontecido para os usuários quanto a dieta correta, dicas para uma alimentação mais saudável, receitas de comidas saudáveis foram dados para os participantes e um pequeno lanche feito com essas comidas e receitas saudáveis para os usuários comparar gostos e demonstrar que as comidas podem ficar igualmente boas. Os usuários com problemas de obesidade todos foram encaminhados e atendidos pela nutricionista reforçando no trabalho dietético com objetivo de criar hábitos alimentares saudáveis e conseguir no final do ano em índice massa corporal mais baixo. 100% dos participantes receberam as orientações nutricionais tanto no grupo realizados como nas consultas individuais.

Outra das ações desenvolvida na intervenção foi a orientação da importância de realizar atividades físicas, esta ação mesmo que conseguimos darem uma orientação ao 100% dos participantes eu considero uma ação completada apesar de ser, interesse nosso levar até a comunidade um educador físico para participarem junto com os usuários, capaz de demonstrar exercícios físicos adequados para os diferentes grupos etários participantes e que logo eles fossem capazes de realizarem em casa. Além disso, também era de nosso interesse que o educador físico dessa para a equipe capacitações de como orientar aos usuários para a realização dessas atividades físicas. Na realidade não tivemos um educador físico, mas tivemos a participação da fisioterapeuta do município que concordou em participar no projeto, ela foi a encarregada de dar as capacitações para a equipe, participou várias vezes dos grupos realizados fazendo demonstrações para os participantes de exercícios simples para realizarem em casa e manterem uma atividade física contínua e saudável.

Trabalhar com os tabagistas foi de vital importância para a intervenção já que também é uma das ações a serem realizadas no projeto, o mais importante foi que recebemos medicamentos para começar a trabalhar com estes usuários, decidimos deixar as vagas para os usuários hipertensos e diabéticos que são tabagistas. O trabalho com os tabagistas foi um espaço que continua ganhando força, quase todas as semanas chegam novos usuários para participarem do grupo o que nos deixa muito alegres. No final da intervenção conseguimos orientar 100% dos participantes na intervenção sobre as consequências do tabagismo nas suas doenças.

As capacitações aconteceram todas segundo planejado no cronograma, esta foi uma ação que se cumpriu em 100%, desde o início tivemos a disponibilidade de um computador, impressora, disponibilizamos para toda a equipe cadernos de anotações e canetas para tomar notas, disponibilizamos de pastas suficientes para arquivar os documentos importantes relacionados com a intervenção. As capacitações realmente foram um espaço importante de discussão, reflexão, de tomada de decisões, de aprendizagem, de análise e de unificação da equipe.

Realizamos um fechamento da intervenção com os seguintes números, a cobertura com 88% para hipertensos e com 92% para os diabéticos, pode se apreciar que cumprimos a meta acima do esperado para os usuários hipertensos que era de elevar a cobertura até 80%, não sendo assim nos usuários diabéticos que a meta era alcançar um 95% na cobertura, mas ficamos perto com 92%, a proporção de usuários hipertensos com exame clínico em dia foi de 80,5% e dos diabéticos foi de 95,7%, a proporção de hipertensos com exames complementares em dia ficou em um 47,5% e nos diabéticos em 58,7%, a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos pela farmácia popular ficou em 98,2% e nos diabéticos em 100%.

A proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 99,5% e nos diabéticos 100%, continuamos com a proporção de usuários com estratificação de risco cardiovascular nos hipertensos alcançamos um 48% e nos diabéticos 57,8%, a proporção de usuários hipertensos com orientação nutricional recebida foi de 99,5% e nos diabéticos de 100%, a proporção de usuários hipertensos com orientação sobre a realização de atividades físicas ficou em 99,5% e nos diabéticos 100%, a proporção de usuários com orientação sobre os riscos do tabagismo ficou 99,5% nos hipertensos e 100% nos diabéticos, em quanto a proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre a saúde bucal ficou em 99,5% e nos diabéticos em 100%.

Realmente a rotina de trabalho implantada na unidade como parte da intervenção foi muito certa, o ritmo de trabalho melhorou, a nossa organização, a nossa qualidade como profissionais, melhorou nosso trabalho como equipe, melhorou nossa relação com a comunidade e com a população alvo.

3.2 Ações previstas que não foram desenvolvidas

Na realidade não tivemos ações previstas que não forem desenvolvidas, pois realizamos cada uma delas, sendo que muitas foram cumpridas totalmente e outras parcialmente, mais cada ação prevista foi realizada.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Podemos apreciar que uma das nossas dificuldades estiveram na coleta e sistematização dos dados relativos a intervenção mesmo com todas as capacitações realizadas, mas o problema não foi esse e sim que tivemos muitos usuários faltosos na unidade e também a demora dos exames laboratoriais dificultavam muito a atualização sistemática da planilha de coleta de dados. Com respeito aos usuários faltosos, aproveitamos as saídas para realizar visitas domiciliares planejadas para dar um alerta aos usuários que já foram atendidos na intervenção e que não tem retornado as consultas agendadas, sendo que as maiorias dos usuários que visitamos mora muito longe da unidade, estão falando de km de distância, muito longe das estradas por onde consegue passar o ônibus, então eles justificam alegando que nem sempre dá para pegarem o ônibus porque têm que ir a pé vários km até a estrada por onde passa, ou ainda que não tenha o resultado dos exames solicitados e que fica muito apertado para eles irem várias vezes no posto, que é melhor quando já tenham os exames prontos para assim fazer uma só viagem. Realmente olhando desse ponto de vista e a gente se colocando no lugar deles eu acho justo o que eles alegaram para mim, só quem sai da cadeira da consulta e vai lá onde eles moram, pode perceber quanta dificuldade eles tem, lembrando sempre que minha população é na zona rural e muito necessitados economicamente em sua grande maioria, assim sendo, essa dificuldade de acompanhamento dificultou também o registro e monitoramento.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Realmente a rotina de trabalho implantada na unidade como parte da intervenção foi muito certa, o ritmo de trabalho melhorou, a nossa organização, a nossa qualidade como profissionais, melhorou nosso trabalho como equipe, melhorou nossa relação com a comunidade e com a população alvo. Realizaremos

um trabalho de conscientização na comunidade com relação a necessidade de priorizar este grupo de usuários, mas mantendo a cobertura e qualidade para todos, além das novas estratégias integradas no trabalho do dia a dia da equipe, vamos priorizar os usuários que sejam determinados como de alto risco após realizar a estratificação de risco cardiovascular.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Minha intervenção presente teve como população alvo os usuários hipertensos e diabéticos acima de 20 anos na área adstrita da unidade. Nossa população é aproximadamente de 2.500 habitantes, tendo uma estimativa de pessoas acima de 20 anos ou mais de 60% o que representa mais de 1.500 no total da população. Como parte da intervenção presente traçamos vários objetivos e metas com seus indicadores, vamos fazer uma análise de cada um dos indicadores qualitativa e quantitativamente que foi coletado corretamente durante a intervenção, começamos por o indicador da cobertura.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura ao usuário hipertenso e/ou diabético.

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

Meta: 1.2. Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Em nossa população temos um total de 251 usuários hipertensos residentes no território da área de abrangência o que representa 10% e 50 usuários diabéticos representando 1,9% da população total. Antes de darem início à intervenção os hipertensos que recebiam atendimento na unidade eram de 130 usuários representando 51% do total de usuários hipertensos residente na área de

abrangência, sendo um pouco diferente nos diabéticos que tínhamos uma melhor participação por ter um grupo ativo de diabéticos com um total de 44 usuários representando 88% do total de diabéticos residentes na área de abrangência. Nossa meta proposta para alcançar com a intervenção foi de aumentar em 30% a cobertura dos usuários hipertensos e em 7% à cobertura dos usuários diabéticos. Como pode se apreciar nos gráficos conseguimos superar a meta proposta para os usuários hipertensos totalizando 88% (Figura 1) que representou 221 usuários, não sendo assim nos usuários diabéticos que só conseguimos alcançar 92% (Figura 2) representando 46 usuários do total de diabéticos na área de abrangência.

O resultado alcançado nos hipertensos foi em grande medida pelo trabalho realizado pelas ACS e a publicidade que recebeu a intervenção, conseguindo levar um maior número de usuários hipertensos ao posto, no caso dos usuários diabéticos conseguimos que todos os participantes do grupo que já estava ativo participassem da intervenção e mais um que foi diagnosticado durante a mesma, os 5 usuários que não participaram temos a informação que 3 deles estavam em outras localidades com seus familiares que cuidam deles, 1 com internação hospitalar por cirurgia e outro não se interessou em participar do projeto mesmo tendo todas as informações, as visitas da ACS e minha. No primeiro mês de intervenção contamos com a participação de 91 usuários hipertensos representando 36,3% para este grupo alvo, e nós contamos com a participação de 19 diabéticos o que representou 38% para este grupo.

No segundo mês contamos com mais participantes, pois conseguimos atender 154 usuários chegando até 61,4% dos hipertensos e nos diabéticos atendemos um total de 33 chegando até 66% destas populações alvo. No último mês atendemos 221 usuários hipertensos o que representou 88% superando assim nossa meta de atingir 80% dos usuários hipertensos nesta intervenção, não sendo assim com os usuários diabéticos que já tinham uma melhor participação em nossa unidade, optamos por chegar até 95% deste grupo, mas só conseguimos no último mês atender 46 usuários o que representou 92% deste grupo alvo. No final da intervenção tivemos a participação de um total de 228 usuários com as doenças alvo representando 9.09% da população total.

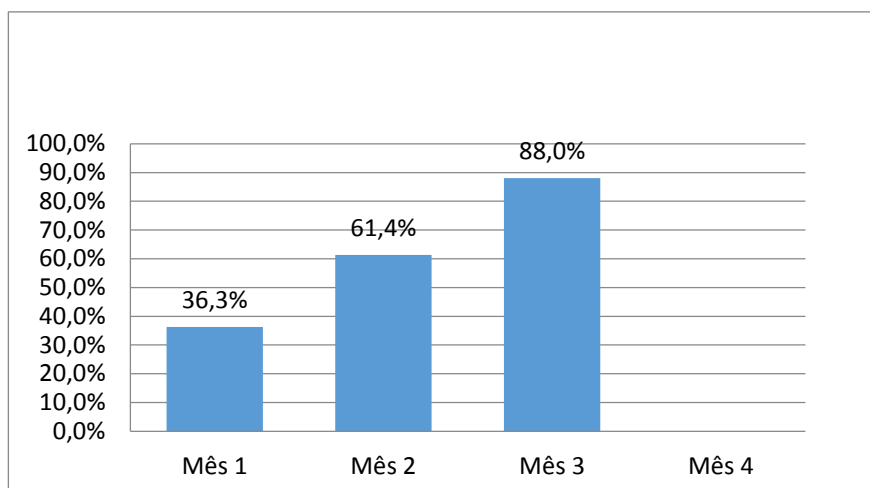


Figura 1 - Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

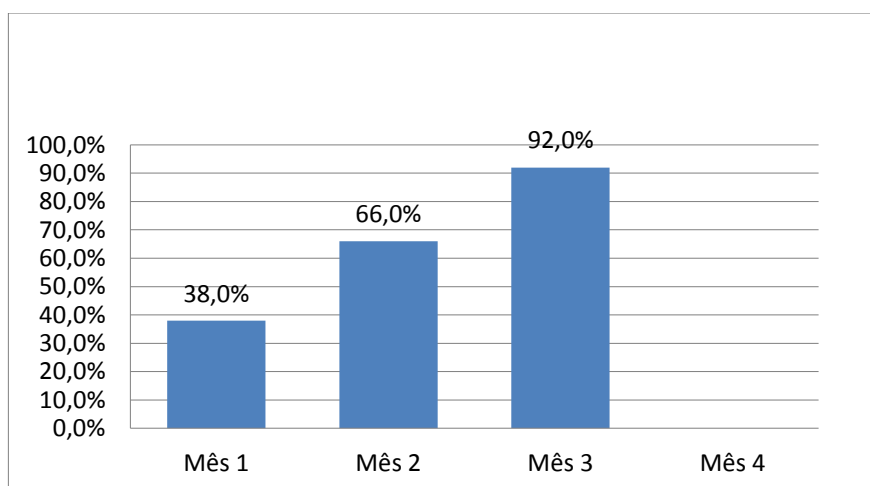


Figura 2 - Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Outro dos indicadores importantes a trabalhar em nossa intervenção foi melhorar a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, para isso trabalhamos em 4 aspectos diferentes que são parâmetros da qualidade como a proporção de usuários hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo

com o protocolo, onde conseguimos manter um trabalho ou atendimento em 80,5% (figura 3) dos hipertensos que representou 178 usuários e nos diabéticos terminamos com 95,7% (figura 4) representando 44 do total de usuários diabéticos. Neste item a meta é realizar o exame clínico em 100% dos usuários participantes o qual foi feito só que realmente muitos usuários não tinham nada na suas fichas de acompanhamento sobre o exame clínico anterior e só receberam meu atendimento clínico, além de muitos serem usuários faltosos o que é insuficiente para falar que o usuário está com o exame clínico em dia.

O que mais ajudou a ter melhores números nos usuários diabéticos foi que existia um grupo ativo para eles que funcionava com regularidade e os dados clínicos melhor preenchidos na ficha de acompanhamento. No primeiro mês de intervenção alcançamos uma proporção de exames clínicos em dia nos usuários hipertensos de 71,4% com 65 usuários, nos usuários diabéticos alcançamos realizar o exame clínico em dia a 18 usuários que representou 94,7% deste grupo alvo. No segundo mês de intervenção conseguimos atender a 107 usuários hipertensos o que representou 69,5% deste grupo alvo, quanto aos diabéticos alcançamos atender 31 usuários o que representou 93,9% deste grupo alvo. No último mês de intervenção tivemos uma melhoria na realização do exame clínico nos usuários hipertensos com 178 chegando até 80,2% deste grupo, e nos diabéticos continuamos com um bom acompanhamento, pois realizamos o exame clínico em dia a 44 usuários que representou 95,7% deste grupo alvo.

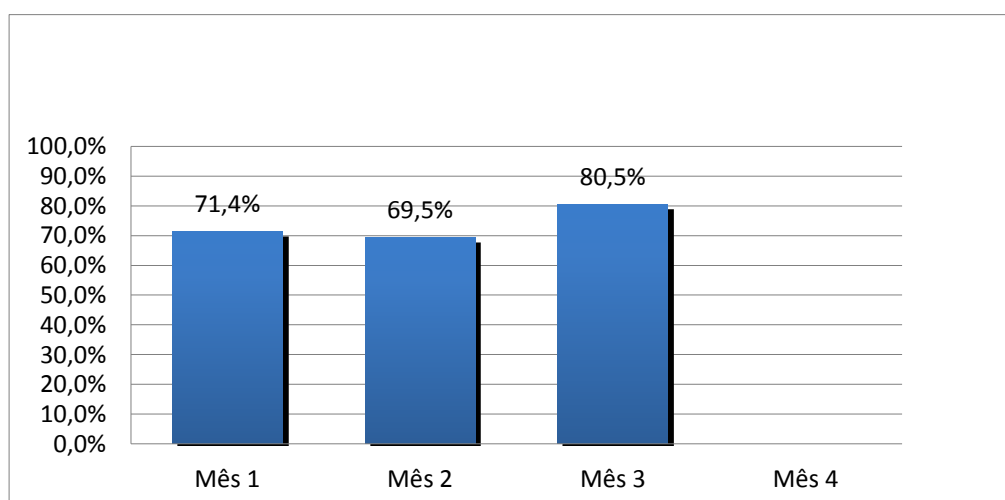


Figura 3 - Gráfico da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

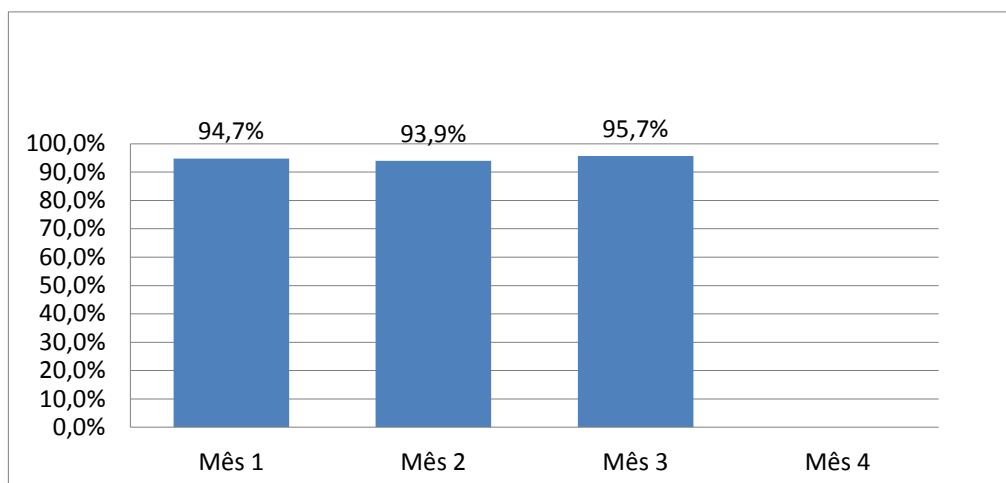


Figura 4 - Gráfico da Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Garantir a realização dos exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos foi um dos itens mais complexos e onde as metas não foram cumpridas. Acontece que a nossa unidade conta com uma cota de exames laboratoriais pequena, só 200 exames por mês, o que realmente dá para um máximo de 20 usuários participantes da intervenção, além de que o SUS não cobre todos os exames necessários dos que os usuários hipertensos e diabéticos precisam como o colesterol HDL e LDL. Todos os usuários que participaram da intervenção receberam a solicitação de exames laboratoriais e no final um total 108 usuários, 47,3% (figura 5), realizaram os mesmos em tempo para a intervenção, o restante está pendente ainda, deles são 105 hipertensos que representa 47,5% destes usuários, os diabéticos alcançaram um total de 27 usuários o que representa 58,7% deles (figura 6). No primeiro mês de intervenção conseguimos atender 43 usuários com exames complementares em dia representando 47,3% deste grupo alvo, e quanto aos usuários diabéticos a proporção deles com exames complementares em

dia foi maior sendo de 14 usuários o que representou 73,7% deste grupo alvo. No segundo mês estes indicadores caíram, nos usuários hipertensos atendemos 47 usuários caindo para 30,5% deste grupo alvo, e nos usuários diabéticos atendemos só 17 usuários caindo para 51,5%. No último mês da intervenção conseguimos atender a 107 usuários hipertensos com exames laboratoriais em dia o que representou 47,5%, e nos usuários diabéticos atendemos 27 usuários chegando até 58,7% deste grupo alvo.

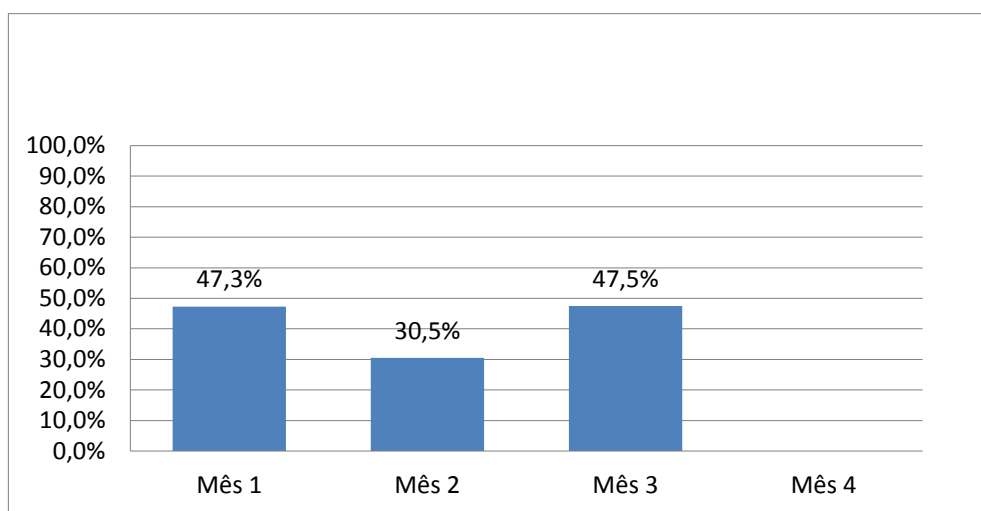


Figura 5 - Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

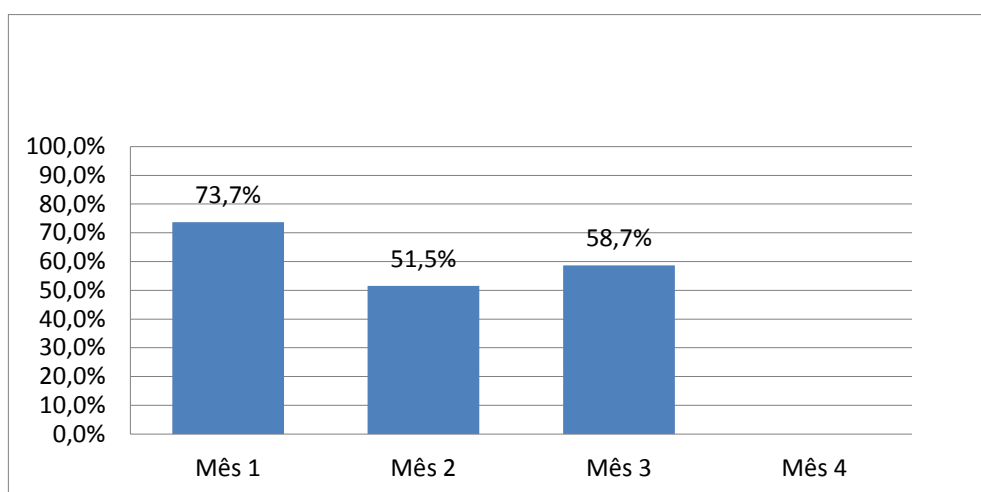


Figura 6 - Gráfico da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular foi uma tarefa onde trabalhamos muito, alcançando o cumprimento desta importante ação, dos 228 usuários participantes na intervenção 221 receberam a prescrição dos medicamentos o que representou 96,9% dos usuários, os hipertensos foram priorizados em 98,2% (figura 7) o que representou 214 usuários, enquanto os diabéticos foram priorizados em 100% com 45 usuários. Isso foi possível pelo contínuo reabastecimento do estoque da farmácia popular, além da ajuda do farmacêutico, as ACS e toda a equipe em que trabalho que procurou cada usuário que fazia uso de outros medicamentos podendo usar os da farmácia popular.

Os 7 usuários que não recebem medicamentos da farmácia popular estão distribuídos em 3 que tem controle de suas doenças só com dieta e 4 que usam outro tipo de medicamentos que não tem na farmácia popular prescrito por especialistas. No primeiro mês da intervenção alcançamos uma proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular de 87 usuários representando 96,7% deste grupo alvo, e quanto aos usuários diabéticos temos 18 dos usuários que representou 100% que receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular. No segundo mês conseguimos atender 148 usuários representando 97,4% deste grupo alvo, nos usuários diabéticos alcançamos 32 usuários que representou 100% desta população alvo. No último mês de intervenção atingimos 224 usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular representando 98,2% e nos diabéticos alcançamos 100% com 45 usuários desta população alvo.

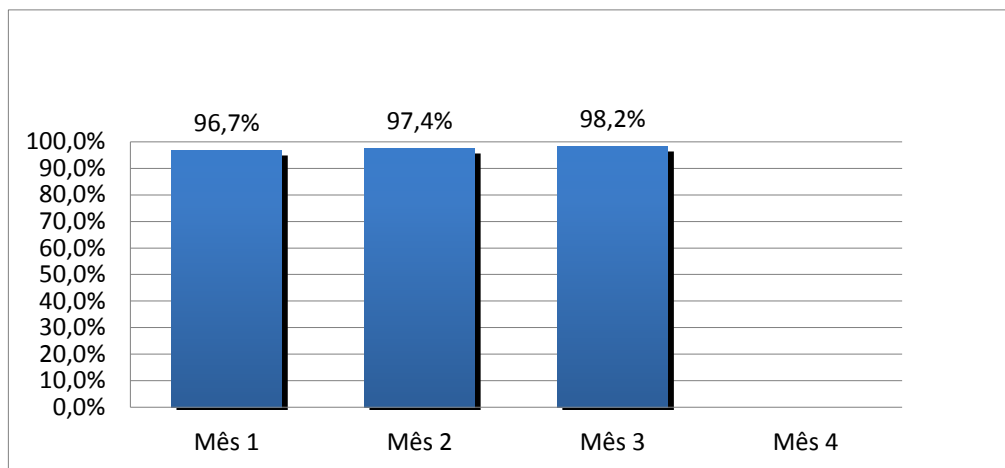


Figura 7 - Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A avaliação dos usuários com necessidade de atendimento odontológico foi uma meta que alcançou 85,5% (figura 8) dos hipertensos o que representou 189 usuários e nos diabéticos alcançou 82,6% (figura 9) dos usuários com um total de 33 avaliados. Tivemos 33 usuários que faltaram ser avaliados representando 15,5% restante, sendo a principal causa os usuários que usam próteses total sendo preciso sua avaliação por um dentista. Um total de 195 usuários foram avaliados representando 85,5% dos participantes. O que mais afetou este indicador de qualidade foi que nossa dentista que antes da intervenção tinha uma carga horária de trabalho de 40 horas a prefeitura diminuiu para 20 horas sendo quase impossível agendar os usuários para realizar esta avaliação e tratamento, assim dos 195 usuários avaliados só foram atendidos pela dentista um total de 50 usuários o que representou 25,6% dos usuários.

No primeiro mês da intervenção realizamos uma avaliação de atendimento odontológico a 79 usuários hipertensos que representou 86,8%, e nos usuários

diabéticos realizamos avaliação em 15 usuários alcançando 78,9% deste grupo alvo. No segundo mês atendemos 129 usuários hipertensos representando 83,8% e no usuários diabéticos atendemos 26 usuários que representou 78,8% deste grupo alvo. No último mês de intervenção conseguimos avaliar até 189 usuários hipertensos que representou 85,5% deste grupo alvo e nos usuários diabéticos avaliamos um total de 38 usuários que representou 82,6% deste grupo alvo.

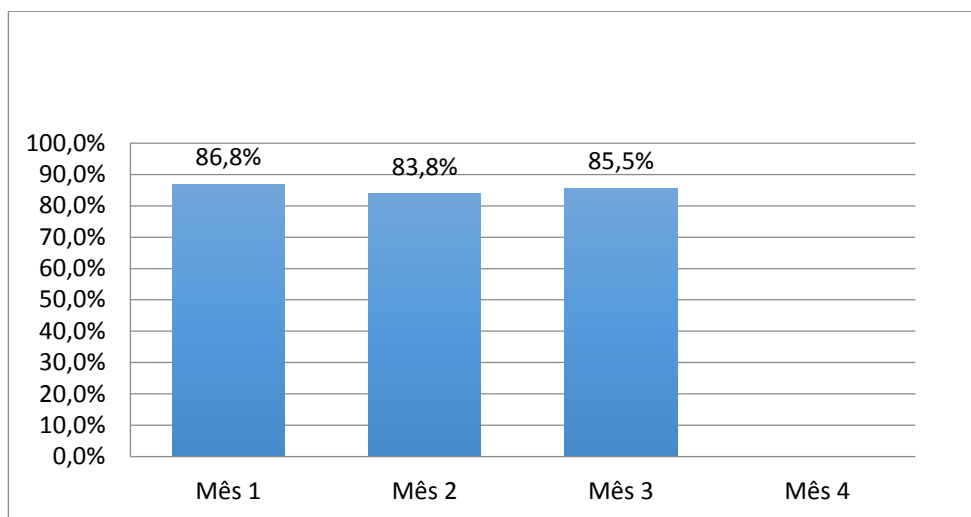


Figura 8 - Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

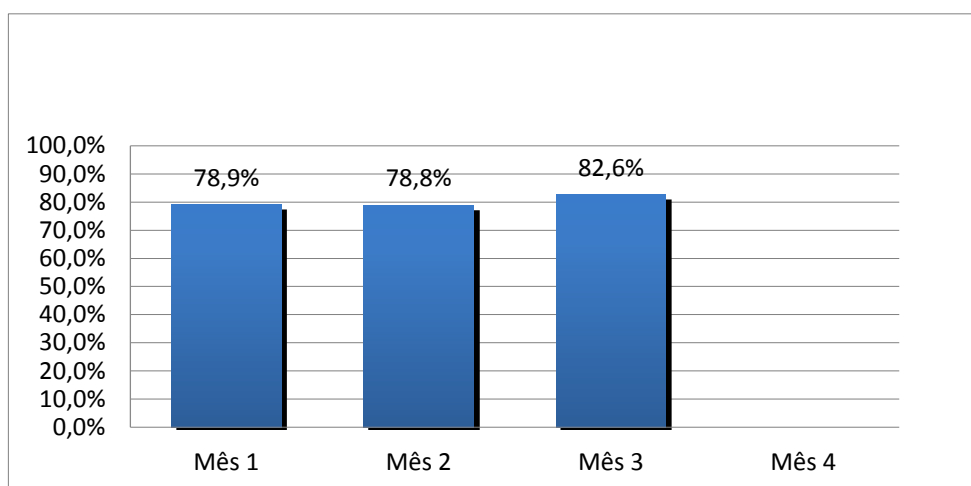


Figura 9 - Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Objetivo 3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Numerador:

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Numerador:

A busca ativa de usuários faltosos foi uma tarefa bem complicada e difícil durante toda a intervenção. Tivemos um total de 96 usuários faltosos representando 42,1% dos participantes, dos usuários faltosos temos que a maioria são hipertensos com 94 usuários e só 13 diabéticos. Durante toda a intervenção foi realizada a busca ativa destes usuários faltosos alcançando um total de 89 usuários com busca ativa que representou 92,7% dos faltosos a consulta de acordo ao protocolo, sendo divididos em 92,6% (figura 10) de usuários hipertensos e 100% de diabéticos com busca ativa, 7,3% restante foram usuários que saíram fora do município ou área de abrangência limitando sua busca pelas ACS. A principal causa de ter muitos usuários faltosos está explicada pelo o simples fato de minha unidade estar situada no interior do município tendo uma população que a maioria mora muito longe do posto, com muitas dificuldades econômicas e de transporte, muitos moram a km de distância das estradas onde passam os ônibus sendo muito difícil para eles assistir várias vezes ao posto de saúde. Durante o primeiro mês da intervenção tivemos 34 usuários faltosos a consulta com realização de busca ativa que representou 94,4% e nos diabéticos atendemos 6 usuários que representaram 100% destes usuários. No segundo mês alcançamos realizar busca ativa em 60 usuários hipertensos representando 92,3% deste grupo alvo e nos diabéticos conseguimos realizar busca ativa a 9 usuários que representou 100% deste grupo alvo. No último mês alcançamos realizar a busca ativa de 87 usuários hipertensos que representou 92,6% destes usuários, e nos diabéticos realizamos a busca ativa de 13 usuários que representou 100% deste grupo alvo.

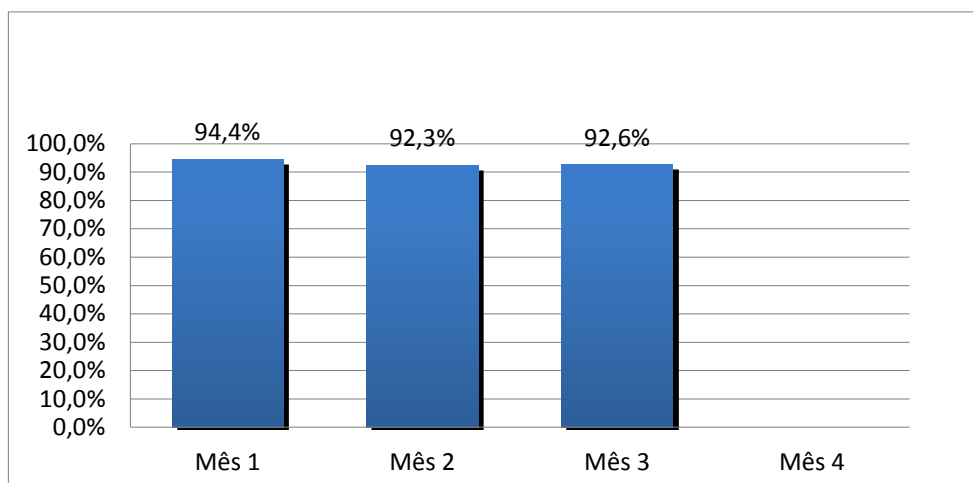


Figura 10 - Gráfico da Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde atualizada.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde atualizada.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para melhorar o registro das informações da intervenção tínhamos como meta manter atualizada a ficha de acompanhamento dos usuários cadastrados na intervenção. Temos que um total de 220 hipertensos teve um registro adequado o que representou 99,5% (figura 11) e os usuários diabéticos um total de 46 representando 100% dos participantes. No final da intervenção terminamos com um total de 227 usuários com registro adequado nas fichas de acompanhamento representando 99,5% dos participantes, 0,5% faltante corresponde a um usuário hipertenso que foi cadastrado na unidade e nunca entrou à consulta. Neste indicador alcançamos grandes resultados podendo dizer que foi cumprido, o que mais ajudou neste indicador foi o trabalho conjunto entre a recepcionista, a enfermeira e o médico, que no final de cada mês realizamos um monitoramento dos usuários cadastrados, os exames realizados ou solicitados e avaliação do preenchimento dos dados nas fichas de acompanhamento.

No primeiro mês de intervenção conseguimos realizar um registro adequado na ficha de acompanhamento em 90 usuários hipertensos o que representou 98,9% deste grupo, nos usuários diabéticos conseguimos fazer um registro adequado em 19 usuários o que representou 100% deste grupo. No segundo mês conseguimos realizar um registro adequado em 153 hipertensos representando 99,4% deste grupo, no usuários diabéticos realizamos registro adequado em 33 usuários que representou 100% deste grupo. No último mês de intervenção realizamos registro adequado em 220 usuários hipertensos que representou 99,5% deste grupo, e nos usuários diabéticos realizamos registro adequado em 46 usuários que representou 100% deste grupo alvo.

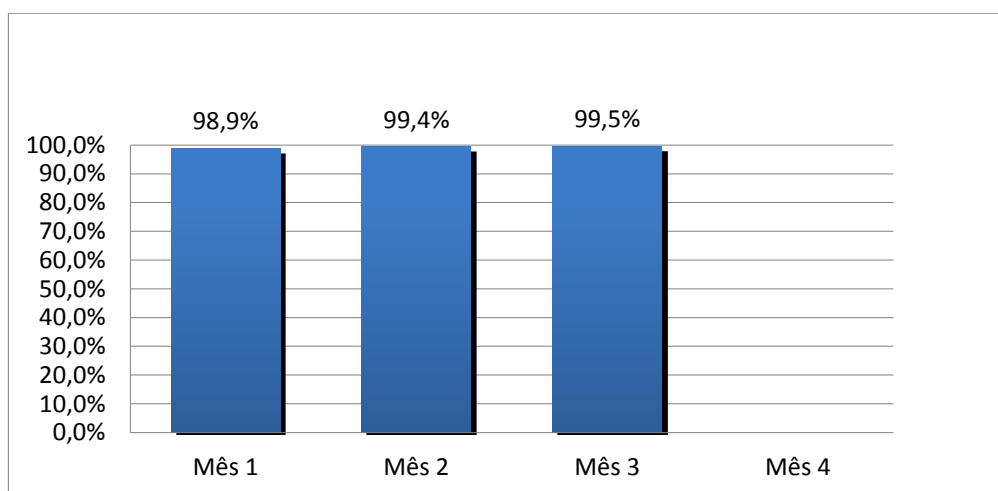


Figura 11 - Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Para conseguir promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos tivemos como meta realizar a estratificação de risco cardiovascular nos usuários alvos da intervenção. Durante a intervenção conseguimos realizar a estratificação em 108 hipertensos representando 48% (figura 12) e nos diabéticos chegamos a 27 usuários que representou 58,7% (figura 13). No final da intervenção conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular em 108 usuários que representa 47,3% dos participantes da intervenção. A realização da avaliação de risco cardiovascular tem requisitos mínimos como é o exame clínico, mas alguns exames laboratoriais como é o colesterol HDL e LDL não temos a cobertura desses exames pelo SUS dificultando a realização da avaliação de risco. Através da gestora conseguimos incluir esses exames pelo SUS só para os participantes da intervenção, mesmo assim a principal causa de faltarem tantos ainda é a cota de exames por mês que realmente é insuficiente.

No primeiro mês de intervenção conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular em 46 hipertensos que representou 50,5% deste grupo, e nos diabéticos realizamos a estratificação em 14 usuários que representou 73,7% deste grupo. No segundo mês conseguimos realizar a estratificação de risco em 90 hipertensos para 58,4%, e nos diabéticos chegamos até 20 usuários com 60,6% deste grupo alvo. No último mês fechamos com estratificação em 106 usuários hipertensos o que representou 48% deste grupo, nos diabéticos terminamos com 27 usuários que representou 58,7% deste grupo alvo.

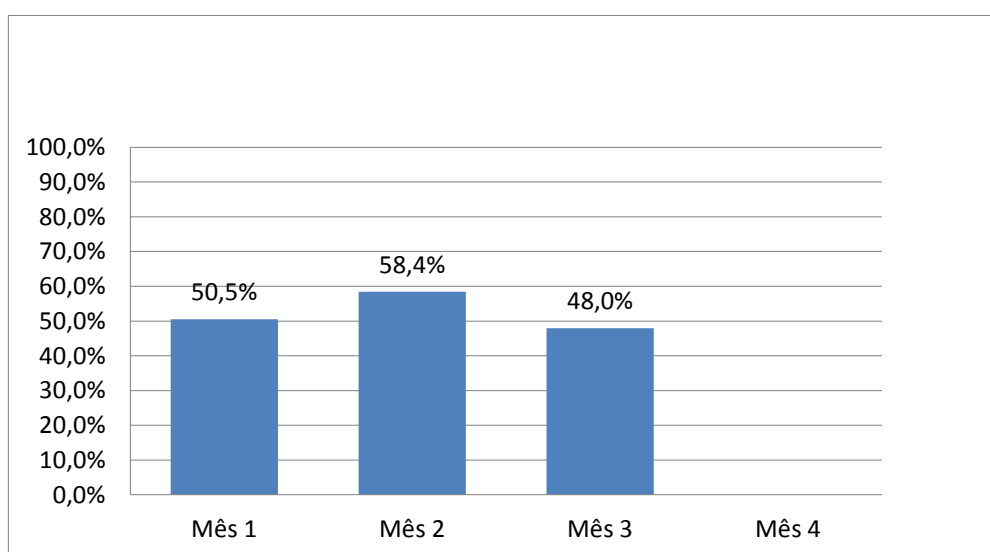


Figura 12- Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

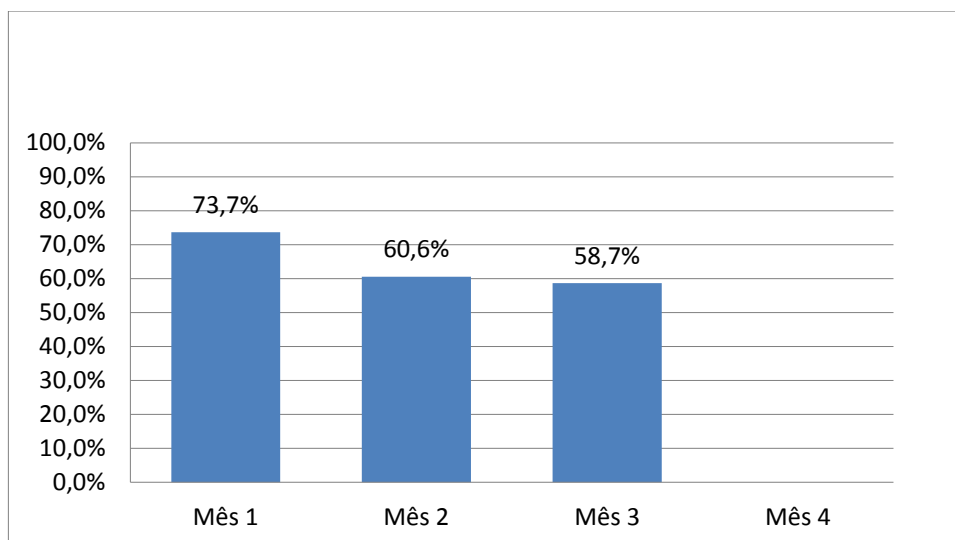


Figura 13- Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Objetivo 6: Promover a saúde do hipertenso e/ou diabético.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Garantir a orientação sobre alimentação saudável para a população alvo da intervenção foi uma ferramenta chave, esta orientação fazia parte de toda consulta, grupo ou conversa. Alcançamos orientar 99,5% (figura 14) dos usuários hipertensos, enquanto 100% dos usuários diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No final da intervenção esta foi uma meta que damos por cumprida, pois atingimos um total de 227 usuários representando 99,5% dos participantes, exceto por o usuário hipertenso que fiz cadastro, mas que nunca entrou na consulta. Nesta ação tivemos o apoio dos outros profissionais como a nutricionista que além de capacitar a equipe para dar uma melhor orientação nutricional participou na realização dos grupos de hipertensos e diabéticos levando dicas interessantes e receitas saudáveis que foram dadas para todos os

participantes. No primeiro mês de intervenção conseguimos dá orientação nutricional saudável a 91 hipertensos que representou 100% deste grupo, nos usuários diabéticos realizamos orientação em 19 usuários que representou 100% deste grupo. No segundo mês mantivemos indicadores elevados, os hipertensos receberam orientação em 99,4% que representou 153 usuários, quanto aos diabéticos realizamos orientação em 33 usuários que representou 100%. No último mês de intervenção terminamos orientando 220 hipertensos que representou 99,5% deste grupo, e nos diabéticos orientamos um total de 46 que representou 100% deste grupo alvo.

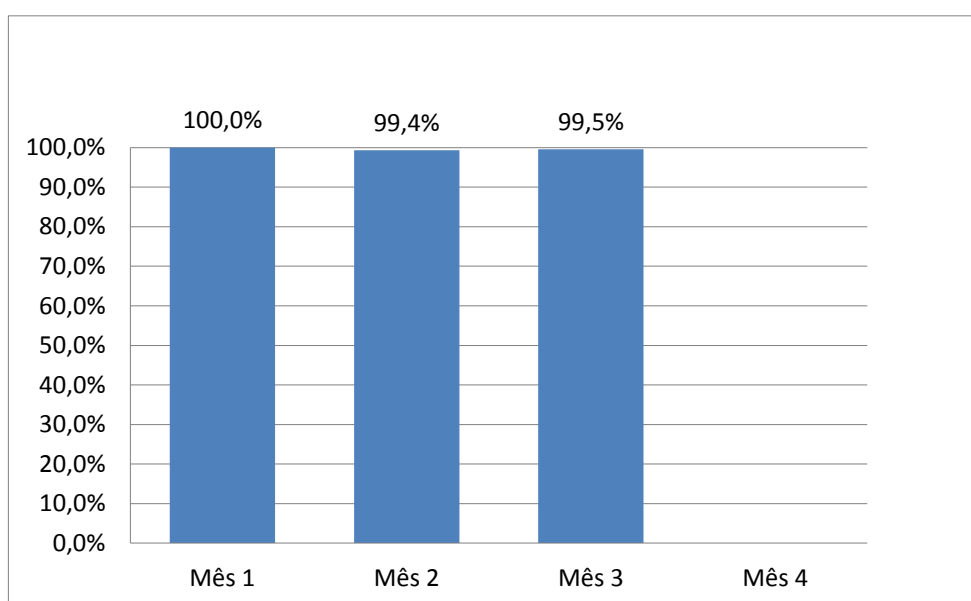


Figura 14 - Gráfico da Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Meta 6.3. Orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4. Orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

A orientação da prática regular de atividade física foi outra meta que alcançou bons resultados, pois também formou parte das orientações dadas aos

usuários em cada consulta. Alcançamos orientar 99,5% (figura 15) dos usuários hipertensos enquanto 100% dos usuários diabéticos receberam orientação sobre a realização da prática regular de atividade física. No final da intervenção consideramos este indicador cumprido, pois atingimos 99,5% dos usuários participantes da intervenção, só tendo um usuário hipertenso sem receber as orientações por se ausentar à consulta.

Este indicador foi planejado no início para receber ajuda e capacitação da equipe por um educador físico, mas só tem um profissional no município e que não conseguiu participar da intervenção, então recebemos o apoio da fisioterapeuta que assumiu esse papel, participando nos grupos realizados orientando como realizar exercícios físicos individuais para realizar em casa e para as diferentes faixas etárias participantes. No primeiro mês de intervenção conseguimos dá orientação acerca da prática de atividade física regular a 91 hipertensos que representou 100% deste grupo, nos usuários diabéticos realizamos orientação em 19 usuários que representou 100% deste grupo. No segundo mês os hipertensos receberam orientação em 99,4% que representou 153 usuários, quanto aos diabéticos realizamos orientação em 33 usuários que representou 100%. No último mês de intervenção terminamos orientando 220 hipertenso que representou 99,5% deste grupo, e nos diabéticos orientamos um total de 46 que representou 100% deste grupo alvo.

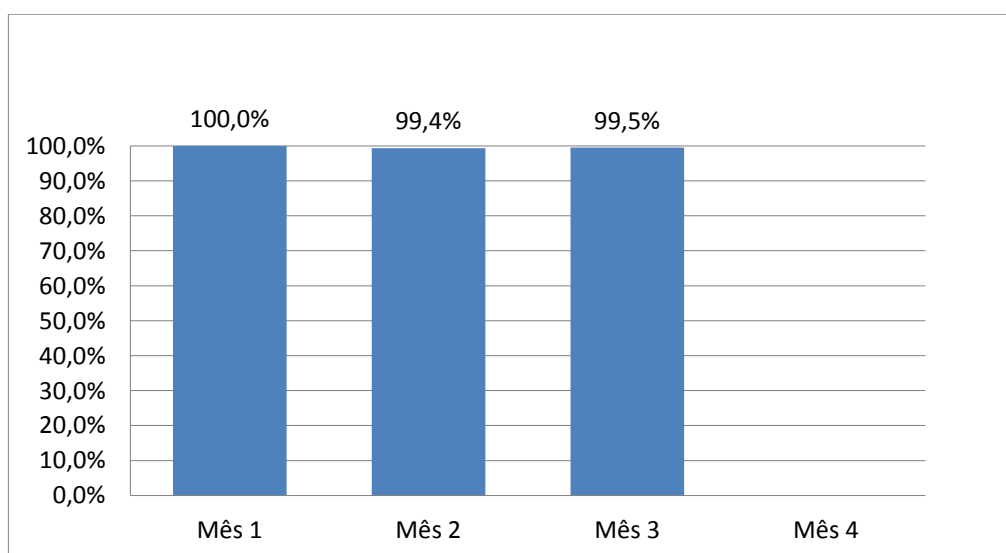


Figura 15 - Gráfico da Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A orientação sobre os riscos do tabagismo na população alvo da intervenção foi outro indicador com bons resultados, pois também formou parte das orientações dadas a cada usuário que foi a consulta. Alcançamos orientar 99,5% (figura 16) dos usuários hipertensos enquanto 100% dos usuários diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No final da intervenção atingimos 99,5% dos usuários considerando este indicador cumprido, 0,5% que falta é o usuário hipertenso que nunca assistiu à consulta. Em grande medida alcançamos um resultado maior, pois no meio da intervenção recebemos medicamentos para o tratamento do tabagismo iniciando assim um grupo de tabagistas com a participação de 15 usuários que representou 6,5% dos participantes da intervenção.

No primeiro mês de intervenção conseguimos dar orientação sobre os riscos do tabagismo a 91 hipertensos que representou 100% deste grupo, nos usuários diabéticos realizamos orientação a 19 usuários que representou 100% deste grupo. No segundo mês continuamos com elevados números, os hipertensos receberam orientação em 99,4% que representou 153 usuários, quanto aos diabéticos realizamos orientação em 33 usuários que representou 100%. No último mês de intervenção terminamos orientando 220 hipertenso que representou 99,5% deste grupo, e nos diabéticos orientamos um total de 46 que representou 100% deste grupo alvo.

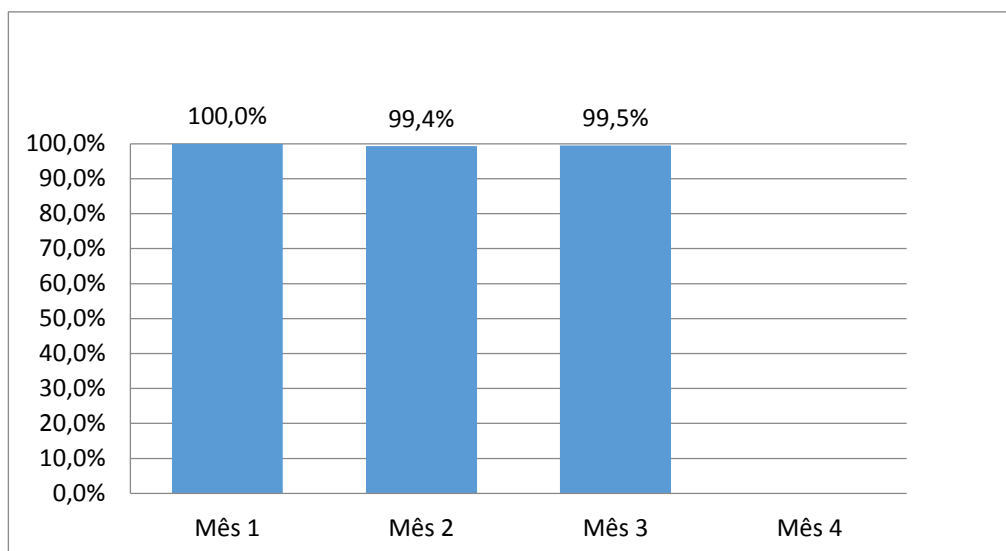


Figura 16 - Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Meta 6.7. Orientação sobre higiene bucal também a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8. Orientação sobre higiene bucal também a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A orientação sobre a higiene bucal também foi um indicador que alcançou grandes números, pois assim como nas outras orientações esta formou parte de cada atendimento dado. Alcançamos orientar 99,5% (figura 17) dos usuários hipertensos, enquanto 100% dos usuários diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal. No final da intervenção atingimos 99,5% dos participantes com a exceção de um usuário hipertenso considerando assim um indicador cumprido. Neste indicador além de receber capacitações pela dentista para realizar uma adequada orientação sobre a higiene bucal a dentista participou de um dos grupos realizados onde explicou os riscos de uma higiene bucal inadequada e falou sobre a doença periodontal muito frequente nos usuários alvos da intervenção.

No primeiro mês de intervenção conseguimos dar orientação sobre a higiene bucal a 91 hipertensos que representou 100% deste grupo, nos usuários diabéticos realizamos orientação em 19 usuários que representou 100%. No segundo mês os hipertensos receberam orientação em 99,4% que representou 153 usuários, enquanto para os diabéticos realizamos orientação para 33 usuários que

representou 100%. No último mês de intervenção terminamos orientando 220 hipertensos, representou 99,5% deste grupo, e nos diabéticos orientamos um total de 46 que representou 100% deste grupo alvo.

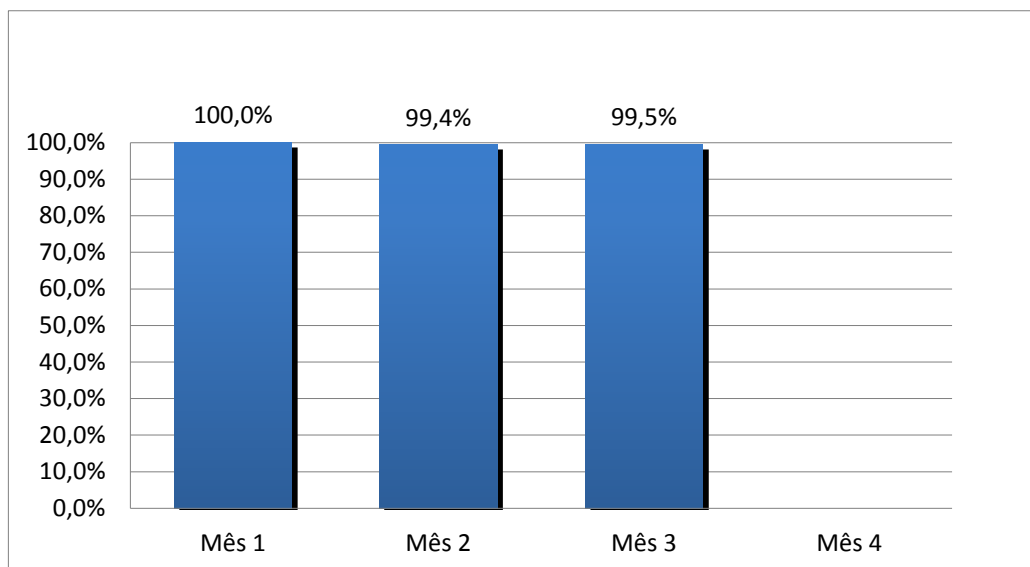


Figura 17 - Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Além de todas as metas apresentadas, como dado extra temos que conseguimos encaminhar um total de 65 usuários, que representa 28,5%, para outras especialidades como cardiologia, nefrologia, ortopedista, oftalmologista, cirurgia vascular, neurologia e pneumologista, o que de fato lhes garante uma atenção à saúde ainda mais completa.

4.2 Discussão

Tendo finalizado com a intervenção podemos fazer um resumo do que foi alcançado com a mesma analisando os indicadores trabalhados, como resultado temos que conseguimos ampliar a cobertura da unidade para os usuários hipertensos e diabéticos, assim como a qualidade da atenção cadastrando todos os participantes da área, realizamos exame clínico e indicando exames complementares em todos, realizando uma classificação de risco cardiovascular nos participantes, melhoramos o abastecimento da farmácia popular, além de prescrever os medicamentos da mesma, também avaliamos a necessidade de atendimento odontológico e melhoramos a forma de registro e preenchimento dos dados de cada usuários. Todos os usuários receberam orientações sobre uma alimentação saudável, sobre a realização de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre a higiene bucal.

A intervenção realizada em minha unidade realmente foi muito importante, pois com ela a equipe melhorou seu desempenho, união, coesão no trabalho. Durante a intervenção a equipe recebeu várias capacitações melhorando o conhecimento sobre como rastrear, diagnosticar, tratar e realizar o monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos. Com a realização da intervenção a equipe teve que realizar um trabalho em conjunto que começava desde a recepção, depois na triagem com a técnica de enfermagem, na consulta com o médico e a enfermeira, cada um com uma atividade ou tarefa a fazer, mas com um trabalho integrado o que favoreceu durante toda a intervenção. Na triagem a técnica de enfermagem trabalhou em conjunto com a recepcionista e enfermeira, muitas vezes a equipe reunia-se antes de começar os turnos de trabalho para distribuir as tarefas e coordenar as falas e as orientações para a população participante. Realmente trabalhar dessa forma durante a intervenção acabou tendo um impacto positivo em

toda a equipe, todos concordaram que trabalhar assim unifica mais a equipe que todos conseguem dar as mesmas informações aos usuários, que o trabalho é muito melhor assim.

Na realidade a intervenção representou um grande avanço no atendimento à população alvo, antes de dar início a mesma os usuários hipertensos e diabéticos eram atendidos quando tinha médico na unidade ou quando ficavam doentes, o trabalho preventivo não existia, só a medicina curativa, os usuários compravam remédios de outras farmácias, pagavam os exames, não tinha quase orientação sobre suas doenças, os registros dos dados era muito precário, com um seguimento péssimo, a grande maioria sem estratificação de risco cardiovascular o que influenciava no número de encaminhamentos para outras especialidades.

No final da intervenção quando analisamos os dados finais percebemos que conseguimos atender a maioria dos hipertensos e diabéticos, que melhorou a qualidade de registro dos dados, que foi realizado a estratificação de risco cardiovascular em quase todos, que os usuários participantes começaram a utilizar os medicamentos da farmácia popular, conseguimos abastecer o estoque da farmácia, realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em quase todos os usuários, além de fornecer para todas as orientações sobre alimentação saudável, sobre a realização de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre uma higiene bucal adequada.

Para a população em geral e mais para a população alvo, a intervenção foi de grande importância, eles se sentiram parte de algo, de que a saúde do país ficou interessada neles, de que tinham a sua disposição uma equipe integrada e com muita vontade de trabalhar. A comunidade em geral reconheceu e entendeu a priorização dos usuários hipertensos e diabéticos em esta intervenção, recebemos o apoio de toda comunidade como as escolas, a prefeitura, a câmara de vereadores, entre outras entidades da comunidade. Ao final toda a comunidade ficou sabendo e apoiando a intervenção, mesmo assim, com todo o conhecimento que a comunidade recebeu da ampliação da cobertura ainda ficaram usuários sem participar da intervenção. Alguns usuários ficaram insatisfeitos com a prioridade para os usuários diabéticos e hipertensos, mas com uma boa explicação melhorávamos a situação.

Se eu tivesse que realizar novamente a intervenção, realmente mudaria coisas como a quantidade de exames disponibilizados para a unidade, pois ajudaria a realizar os exames complementares em todos os participantes e realizar a

estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários, também tentaria melhorar o apoio da secretaria e a prefeitura em prol da intervenção e da realização de modificações estruturais da unidade.

A intervenção não termina aqui, pois vai ficar como parte da rotina e o trabalho da unidade, pois foi de grande aceitação, melhorou a organização e integridade da atenção. Realizaremos um trabalho de conscientização na comunidade com relação a necessidade de priorizar este grupo de usuários, mas mantendo a cobertura e qualidade para todos, além das novas estratégias integradas no trabalho do dia a dia da equipe, vamos priorizar os usuários que sejam determinados como de alto risco após realizar a estratificação de risco cardiovascular.

Nossos próximos passos a serem dados estão relacionados a finalização da atualização das fichas de coletas de dados, pois muitos usuários ainda estão realizando exames complementares, pretendo resgatar os usuários faltosos a consultas além dos que nunca participaram do projeto. Continuaremos dando uma cobertura e melhorando a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Temos intenção de implementar as vivências adquiridas nesta intervenção em outras como a puericultura e o pré-natal, tendo como exemplo esta intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Sou Dr. Jorge Felix Rodriguez Quesada, participante do programa federal Mais Médicos para o Brasil, especializando do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Apresento a intervenção Melhoria da Atenção à Saúde de usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Campo Branco, Progresso/RS.

A ESF 2 Campo Branco começou sua intervenção no início do mês de abril de 2015, com usuários hipertensos e diabéticos acima de 20 anos como alvo desta intervenção. Antes de iniciar a intervenção a equipe tinha uma rotina de trabalho mais desorganizada, com um atendimento livre geralmente, estes usuários alvo não tinham prioridade em exames laboratoriais, muitos não buscavam à unidade, as consultas desatualizadas, mau seguimento por parte dos médicos e principalmente suas doenças crônicas descompensadas. A equipe não tinha capacitações para realizar ou enfrentar este tipo de atendimento de acordo ao protocolo para estas doenças.

Desde o início da intervenção começamos a cadastrar usuários hipertensos e diabéticos, incorporando os mesmos ao programa HIPERDIA, tínhamos como objetivo aumentar a cobertura dos usuários hipertensos de 51,7% para 80% e dos usuários de diabetes de 88% para 95% melhorando a cobertura da unidade para este grupo alvo. No final da intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 88% dos usuários hipertensos e 92% usuários diabéticos. Como outra das ações implementadas foi realizado um contato com os líderes da comunidade que receberam orientações da intervenção e convidamo-los para fazer parte da divulgação do projeto e deram-nos seu apoio para realizar a intervenção com a maior qualidade possível. Visitamos escolas, as igrejas, salões esportivos entre outros locais divulgando a intervenção.

Outro passo importante dado foi a criação do grupo de diabéticos e hipertensos com uma programação de atividades a cada quatro semanas completando assim ciclos de tratamentos e avaliação clínica evolutiva. No total realizamos 3 atividades de grupo contando com a participação de diferentes profissionais envolvidos no projeto e outros interessados em participarem. O grupo teve como objetivo fazer um trabalho diferenciado com estes usuários, procuramos fazer um trabalho educativo no qual os usuários que são portadores destas doenças crônicas aprendessem um pouco mais sobre elas, de como conviver e controlar as mesmas. A participação de cada profissional como enfermeira, dentista, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico e médico foi fundamental para o desenvolvimento das conversas onde foram levados temas muito interessantes.

Desde o início da intervenção disponibilizamos um número elevado de atendimentos por dia, no mesmo primeiro dia foi difícil atender todos os usuários, mas ao fim conseguimos atender a maioria usuários da população alvo. Todo usuário que participou no projeto (100%) foi priorizado na realização de exame clínico ou físico cumprindo todos os requisitos ou passos segundo o protocolo de atendimentos para estes usuários, cada usuário foi pesado, medido uma checagem da Tensão Arterial, auscultação cardiovascular e respiratória, checamos as pulsações e frequência respiratória, examinamos os pés e seus pulsos, se apresentava lesões em pele. A avaliação de risco cardiovascular foi uma das ações que foram implementadas nesta intervenção, vinculado a outra ação que é a solicitação de exames importantes como hemograma completo, glicose, colesterol total, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, EQU, eletrocardiograma. Outras das ações implementadas foi realizar avaliação sobre a necessidade de atendimento odontológico, conseguimos avaliar 85,5% dos usuários.

Uma ação importante que deu continuidade à nossa intervenção foi sobre a farmácia popular e os medicamentos que estão no estoque. No final da intervenção conseguimos que os usuários receberam seus medicamentos na farmácia popular sem custo algum. Outra das ações desenvolvida na intervenção foi a orientação da importância de realizar atividades físicas, esta ação mesmo que tenhamos conseguido oferecer uma orientação a 100% dos participantes eu considero uma ação completada parcialmente, tendo em vista que pretendíamos contar com a colaboração do educador físico, profissional mais qualificado para tal, e não foi possível. Também realizamos um trabalho com os tabagistas, o que foi de vital

importância para a intervenção já que também é uma das ações a serem realizadas no projeto, o mais importante foi que recebemos medicamentos para começar a trabalhar com estes usuários, decidimos deixar as vagas para os usuários hipertensos e diabéticos que são tabagistas.

A equipe foi capacitada para desenvolver ações com qualidade sobre cada item da intervenção, para realizar o trabalho de campo e orientar com qualidade, as capacitações permitiram alcançar um elevado nível de entendimento, melhorando a organização do serviço, ajudou a reconhecer a importância da intervenção.

Realizamos um fechamento da intervenção com os seguintes números: a cobertura com 88% para hipertensos e com 92% pra os diabéticos. Esperamos que este relatório para gestores municipais, secretário de saúde e prefeito deixe bem clara a importância da intervenção para a comunidade e município em geral, esperamos obter uma maior disponibilidade de exames laboratoriais, assim como restaurar a carga horária da dentista para 40 horas novamente, também temos como pedido tentar contratar um educador físico para realizar um trabalho com a comunidade fora do posto de saúde.

A intervenção teve uma grande aceitação pela comunidade e mais pelos usuários alvos, a mesma ficou como rotina de trabalho na unidade, pois deixou uma organização em todos os aspectos da unidade, conseguimos elevar os indicadores de cobertura, qualidade, adesão, registros, avaliação de riscos e promoção de saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Sou Dr. Jorge Felix Rodriguez Quesada, participante do programa federal Mais Médicos para o Brasil, especializando do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Apresento a intervenção Melhoria da Atenção à Saúde de usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Campo Branco, Progresso/RS.

Com a realização da intervenção para a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos em nossa UBS a população em geral ganhou um atendimento de qualidade baseado nos protocolos de atendimentos atuais para os mesmos, sendo que estes protocolos promovem o trabalho preventivo e de controle destas doenças.

Estes grupos alvo escolhidos pela equipe para intervenção realmente tinham um seguimento inadequado, com a intervenção estes usuários receberam um atendimento intencionado ou focado para eles, procurando melhorar a cobertura, sendo que esta foi melhorada porque antes da intervenção os usuários hipertensos e diabéticos faziam pouca participação na unidade, só iam quando apresentavam alguma complicação, mas com a intervenção conseguimos mudar isso. Com a presente intervenção conseguimos atender 228 usuários, deles 221 hipertensos e 46 diabéticos. Também melhoramos a qualidade da atenção oferecida, pois poucos usuários hipertensos e diabéticos tinham consultas em dia de acordo com protocolo, poucos tinham exames complementares em dia, ou o exame clínico realizado neles não era tão detalhado na ficha de acompanhamento fato que foi melhorado com a intervenção, também poucos usuários tinham realizado a estratificação de risco cardiovascular, ou feito exame dos pulsos, também o preenchimento dos dados era muito escasso, a realização de avaliação de atendimento odontológico tampouco era feita.

Todos estes aspectos mudaram durante a intervenção, a divulgação da mesma proporcionou que estes usuários alvos começassem a procurar atendimento em nossa unidade, a comunidade ganhou um melhor acolhimento desde sua entrada na unidade, a triagem melhorou muito, disponibilizamos a recepcionista e a técnica de enfermagem para a realização da triagem o que beneficiou muito o fluxo da informação e orientações, todos os participantes foram cadastrados no programa HIPERDIA, foi priorizado o atendimento para estes usuários. Na consulta médica o atendimento aumentou em duração, onde realizamos um exame cardiovascular minucioso, com avaliação dos pulsos, solicitação de exames laboratoriais, avaliação de risco cardiovascular. A realização do grupo dos hipertensos e diabéticos com a participação de vários profissionais da saúde de uma forma integrada, com temas importantes para o conhecimento de como viver com estas doenças e dicas para determinadas situações. Conseguimos a participação de profissionais como a fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico.

Com as capacitações dadas para toda a equipe melhorou nossa forma de trabalhar, nosso conhecimento sobre os protocolos de atendimentos para estas doenças o que foi proporcional para a população que ganhou melhores orientações, conversas, informações, ganhou uma equipe mais preparada para lidar com este tipo de atendimento, para realizar um trabalho mais preventivo nestas doenças.

Enfim, a população ganhou uma unidade com mais qualidade de atendimento, com mais cobertura, com mais conhecimentos sobre estas doenças, com uma rotina de trabalho melhorada com a realização desta intervenção e que continuará sendo assim, porque as experiências desta intervenção serão mantidas na rotina da unidade e esperamos poder incorporar ou realizar outras intervenções para dar um atendimento integral à população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde o início do curso tenho desenvolvido um trabalho prático e de estudo, concatenando assim o aprendido e levando muitas coisas do curso na prática do dia a dia. Realmente quando comecei o curso tinha muitas dúvidas, pois estava enfrentando uma forma de estudo nova, ou seja, tudo à distância, também estava presente a dificuldade da língua, que no início foi bem difícil, não entendia muito, tinha dificuldade para compreender muitas palavras técnicas e comuns também.

Com minha participação no curso, com as tarefas, diferentes estudos da prática clínica, com o diálogo com minha orientadora, casos clínicos interativos, eu alcancei um nível de preparação adequado para enfrentar a intervenção, o curso melhorou e me ajudou na minha prática profissional, ajudou-me a trabalhar de acordo com as doutrinas e protocolos brasileiros. Mediante o curso consegui melhorar muito meu português tanto na minha fala como minha escritura o que conseqüentemente ajudou-me a ter uma melhor comunicação com minha equipe, população e orientadora.

Uma das coisas mais relevantes do curso e que ajudaram muito no meu desempenho e aprendizagem foram os TQC (teste de qualificação cognitiva) e os casos clínicos disponibilizados em cada unidade do curso, as atividades postados nestes itens do curso abordaram temas importantes para serem de conhecimento de todo profissional, além de melhorar os conhecimentos dos diversos temas. Também acho muito importante a disponibilização das questões erradas nos TQC para realizar os estudos da prática clínica.

Os Fóruns de saúde coletiva e de clínica foram ótimos espaços de atualização, reflexão, intercâmbio de ideias, experiências entre os profissionais de toda a região com realidades diferentes, pontos de vista de acordo a suas necessidades, populações e municípios. Também foi de muita importância o DOE (diálogo orientador e especializando), pois sempre tive o apoio da minha orientadora, assim como suas sugestões oportunas na correção das minhas tarefas.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde, **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica No. 15. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica No. 16. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante